

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

Année 1979

N°

Principales conduites à tenir en medecine interne à Bamako

THESE

Présentée et soutenue publiquement le Novembre 1979
devant l'École Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par: **Abdel Kader TRAORE**
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Examineurs:

Professeur Marc GENTILLINI

Professeur Aliou BA

Professeur ag. Souleymane SANGARE

Professeur ag. Bernard DUFLO

Président

Juges



ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE 1978-1979

Directeur Général : Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint : Professeur Bocar SALL
Secrétaire Général : Monsieur Godefroy COULIBALY
Econome : Monsieur Dionkounda SISSOKO
Conseiller Technique : Professeur Philippe RANQUE.

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Bernard BLANC : Gynécologie-Obstétrique
- Sadio SYLLA : Anatomie - Dissection
- André MAZER : Physiologie
- Jean-Pierre BISSET Biophysique
- Francis MIRANDA : Biochimie
- Michel QUILICI : Immunologie
- Humbert GIONO-BARBER Pharmacodynamie
- Jacques JOSSELIN Biochimie
- Oumar SYLLA : Pharmacie chimique - Chimie organique
- Georges GRAS : Toxicologie-Hydrologie
Docteur Alain DURAND : Toxicologie
- Bernard LANDRIEU: Biochimie
- J.P. REYNIER : Pharmacie galénique
- Mme P.GIONO-BARBER Anatomie-Physiologies Humaines
- Mme Thérèse FARES Anatomie-Physiologie Humaines
- Emile LOREAL : O.R.L.
- Jean DELMONT : Santé Publique
- Boubacar CISSE : Toxicologie-Hydrologie.

PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

Professeur Aliou BA : Ophtalmologie
- Bocar SALL : Orthopédie-Traumatologie-Anatomie-Secourisme
- Mamadou DEMBELE : Chirurgie générale
- Mohamed TOURE : Pédiatrie
- Souleymane SANGARE Pneumo-Phthisiologie
- Mamadou KOUMARE : Pharmacologie-Matières médicales-Phyto & Zoopharmacie
- Pierre SAINT ANDRE Dermatologie-Vénérologie-Léprologie
- Philippe RANQUE : Parasitologie -
- Bernard DUFLO : Pathologie médicale-Thérapeutique
- Oumar COULIBALY : Chimie organique

JE DEDIE CETTE THESE ...

A TOUS LES PEUPLES LUTTANT CONTRE LA MISERE
LA MALADIE ET LA FAIM

A MON PERE

Ce travail n'est que l'aboutissement de ce que tu attends de nous depuis tes " lettres " :

Nous nous sculpterons tous les jours à ton image car tu es et demeureras pour nous le meilleur exemple du père au comportement social et humain exemplaire ,

A MA MERE

Il n'y a pas de mots, ni de phrases pour remercier une Maman, surtout, si à un moment donné, elle a joué deux rôles.

A MES FRERES ET SOEURS

Pour leur aide, leur dévouement inconditionnel et leur soutien pour ma réussite. Puisse ce travail être pour eux, un exemple à suivre.

A MES ONCLES ET TANTES DE OUAGGA ET BAMAKO

Votre liste nominative serait trop longue. Vous vous êtes toujours intéressés avec attachement à notre réussite. J'espère que ce travail vous fera grand plaisir.

A MES GRAND PERES ET GRAND MERES principalement :

à la " Vieille " qui a tant peiné pour nous.

à Tanti Samaké et Tonton Soudou pour leurs bons conseils et leur disponibilité.

à mon ami Bonguè Ousmane que la mort nous a arraché cruellement au vieux Moussa SAMAKE de Kati.

A MONSIEUR ET MADAME KONATE (Dakar) et à toute la "marmaille".

A TANTI AFOU

J'aurais dû écrire "à Maman" car tu es pour moi comme une mère.

A MES PARENTS DOCTEURS principalement au Professeur
E. Lamine TRAORE.

A TOUS LES AMIS DE MON PERE principalement à feu Docteur
LEVEUF.

A TOUS MES AMIS ET CAMARADES surtout à :

TAM : Si l'amitié héréditaire existait, ce serait la nôtre.

MONZON : Il y a des amitiés qui se transforment en parenté.

SIRABA : Je ne sais pas s'il faut te considérer comme un ami ou un parent.

"KORO" YAYA : Pour tous les bons moments que nous avons passé ensemble.

KANDIOURA et NAHORY : en souvenir du bon voisinage.

KEMENANI : Ton nom est sous-entendu .

A MES AMIES, "PETITE AMIE", COPINES, ET CAMARADES principalement à Tine, Sadio, F, Aiché, Iiadama, Kady, Astou, Néné, "petite soeur" ...

A MA FUTURE FEMME

"La polygamie obligatoire" de tous les Médecins fera que, très souvent, l'Hôpital sera plus exigeant que toi. Ta compréhension est indispensable et capitale pour la réussite totale de notre foyer.

AUX MEDECINS DE L'HOPITAL DU POINT G principalement :

A Madame DUELO :

Au cours de la préparation de notre Thèse et de notre stage interné, nous avons beaucoup apprécié vos qualités de bonne clinicienne et de femme de maison. L'enseignement que nous avons reçu de vous à l'Ecole de Médecine nous servira toujours.

Soyez en remerciée.

AUX DOCTEURS Sanogo et Sangaré pour leur collaboration franche dans le service

A TOUTE MA PROMOTION :

Principalement à "l'équipe DUFLO" pour le goût du travail en groupe et les différents petits secrets que vous avez pu me donner, à Tall et Kaou pour les bons moments que nous avons passé ensemble, à Batiou et Jady en souvenir de nos longues périodes de révision.

Particulièrement à Ogo : La première partie de notre projet est réalisée, mais le chemin reste encore long.

A TOUT LE PERSONNEL DE LA MEDECINE I ET DU "LABO DUFLO"

A TOUS LES MEDECINS ET SPECIALISTES MALIENS

L'esprit de ce travail veut que vous le critiquiez objectivement afin que notre "Dictionnaire Pratique de thérapeutique" soit adaptable aux réalités de Bamako, voire de la "brousse"

A TOUS LES ETUDIANTS DE L'ECOLE DE MEDECINE

J'espère que ce travail vous aidera beaucoup dans la recherche du diagnostic et du traitement.

A TOUT LE PERSONNEL DE L'ECOLE DE MEDECINE

A TOUT LE PERSONNEL DU D.A.T. DE BAMAKO : principalement à Tourani et Balla qui ont tant peiné pour la dactylographie de cette thèse.

A NOTRE PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Mac GENTILLINI

Vous nous avez fait l'honneur de présider notre jury de thèse.

Vous avez été le maître de notre maître et nous avons profité d'une partie de votre riche enseignement à travers le Professeur DUFLO.

Votre grande expérience de la Médecine Tropicale et principalement de sa partie parasitologique contribuera à nous éclairer et à nous guider même après ce travail.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Aliou BA

Agrégé d'Ophtalmologie, Directeur Général de l'Ecole
de Médecine du Mali.

Outra le fait que vous avez guidé et dirigé nos pas depuis notre entrée à l'Ecole de Médecine, que nous avons profité d'un enseignement riche et compétent au cours de vos cours magistraux et de nos stages à l'I.O.T.A., vous nous avez fait l'honneur de juger notre travail.

Nous avons su constater vos qualités humaines et d'organisateur pendant nos cinq années d'étude .

Retrouvez ici, l'expression de nos sincères remerciements

Monsieur le Professeur agrégé Souleymane SANGARE

Agrégé de Pneumo-Phthysiologie.

Nous avons l'honneur de vous compter parmi nos juges. Nous avons été particulièrement fasciné par la Spécialité que vous enseignez à cause de la qualité de votre enseignement sans nuages.

Lors de notre stage dans votre Service, nous avons pu constaté votre compétence et nous profiterons toujours de vos conseils pratiques.

Veillez retrouver ici l'expression de notre sincère attachement.

A NOTRE MAITRE DE THESE

Monsieur le Professeur Agrégé Bernard DUFLO

Nous garderons toujours de vous le souvenir d'un grand maître à l'enseignement de rigueur scientifique.

À l'Hôpital comme à l'École, nous avons été impressionné par votre enseignement concis et vos précieux conseils cliniques et pratiques.

Votre dévouement au travail restera toujours un exemple pour nous.

Maître rigoureux, mais par surcroît très indulgent, vous nous avez appris à être clair dans la recherche du diagnostic et simple dans notre thérapeutique.

Les mots nous manquent pour vous remercier car c'est chez vous que nous avons appris quasiment tout notre métier.

G L O S S A I R E

Nous utiliserons fréquemment les ~~abréviations~~ abréviations classées par ordre alphabétique suivant les spécialités.

CARDIOLOGIE

- B.D.B. : Bloc de branche
- E.C.G. : Electrocardiogramme
- H.T.A. † Hypertension artérielle
- H.V.D. : Hypertrophie ventriculaire droite
- H.V.G. : Hypertrophie ventriculaire gauche
- I.A. † Insuffisance aortique
- I.C.G. † Insuffisance cardiaque globale
- I.M. † Insuffisance mitrale
- I.V.D. † Insuffisance ventriculaire droite
- I.V.G. † Insuffisance Ventriculaire gauche
- M.A. † Maladie aortique
- O.A.P. : Oedème aigu du poumon
- R.A. : Rétrécissement aortique
- R.M. : Rétrécissement mitral
- R.P. : Rétrécissement pulmonaire

HEMATOLOGIE

- N.F.S. : Numération et formule sanguine
- T.C. : Temps de coagulation
- T.H. : Temps de Howell
- T.P. : Taux de prothrombine
- V.S. : Vitesse de sédimentation

NEUROLOGIE

- H.I.C. : Hypertension intra crânienne
- L.C.R. : Liquide céphalo rachidien
- P.L. : Ponction lombaire
- Manoeuvre de L.S. : Manoeuvre de Queckenstedt-Stookey
- V.M.A. : Acide Vanilylmandélique

GASTRO ENTEROLOGIE

- Antigène HBS : Antigène Australia
- P.B.H. : Ponction Biosique du Foie.

PNEUMOLOGIE

- D.D.B. : Dilatation des bronches
- I.D.R. : Intra dermo réaction
- P.F.L.A. : Pneumonie franche lobaire aiguë

RADIO

- A.S.P. : Abdomen sans préparation
- T.O.G.D. : Transit oeso-gastro-duodéal
- U.I.V. : Urographie intra veineuse

RHUMATOLOGIE

- F.L.R. : ~~Fischer~~ Fischer Loroy et Ritter

AUTRES ABREVIATIONS

- cf. : se référer à
- Tout mot avec une * en haut et à droite est le nom commercial d'un médicament.

INTRODUCTION

Au cours de nos différents stages dans les hôpitaux de BAMAKO, nous nous sommes aperçus que les notions théoriques enseignées dans les cours magistraux et dans les livres de Médecine étaient souvent difficilement applicables en pratique.

Nous avons donc pensé qu'il serait utile d'essayer d'adapter ces notions aux possibilités diagnostiques et thérapeutiques locales afin de pouvoir systématiser la CONDUITE PRATIQUE A TENIR DEVANT LES PRINCIPALES AFFECTIONS RENCONTREES EN MEDECINE INTERNE A BAMAKO.

Ce travail n'est que l'ébauche d'un " dictionnaire pratique " qui devrait être rédigé avec le concours de tous les Spécialistes-Maliens.

Pour des raisons de temps et de compétence, nous nous sommes en effet limités à la Médecine Interne et nous n'avons pas abordé des domaines aussi spécialisés que la PEDIATRIE, la CHIRURGIE, la GYNECO-OBSTETRIQUE, l'O.R.L., la STOMATOLOGIE, l'OPHTHALMOLOGIE ...

La rédaction de ce travail nous a beaucoup aidé à mieux remplir nos fonctions d'Interne en Médecine. Nous espérons que malgré ses imperfections il rendra service à nos futurs collègues.

A B C E S F R O I D

cf. Tuberculose

A B C E S D U P O U M O N

cf. Pneumopathies aiguës

A C C I D E N T S V A S C U L A I R E S C E R E B R A L E S

cf. Hémipariésies

A D A M S T O K E S (S y n d r o m e

cf. Bloc Auriculo Ventriculaire

A D E N O P A T H I E S

I.- A DENOPATHIES AIGUES :

- Rechercher un foyer infectieux local.
- Envisager un traitement antibiotique à large spectre (cf. Antibiothérapie)
- Surveiller une évolution éventuelle vers l'adéno-phlegmon à inciser ou à ponctionner.
- Discuter les causes rares (Toxoplasmose, maladie de la griffe du chat, peste)
- Si l'adénopathie persiste, faire une BIOPSIE.

2.- A DENOPATHIES CHRONIQUES

- Rechercher un foyer infectieux ou tumoral loco-régional.
- Rechercher d'autres adénopathies, une splénomégalie, une hépatomégalie, un prurit, un amaigrissement important.
- Faire l'I.D.R., la Numération et la Formule sanguine, la Radiographie pulmonaire (ou la Scopie), une Biopsie à l'aiguille fine pour un examen direct (Trypanosome), une Cytologie, une Recherche de B.K. ou d'autres germes.
- Le plus souvent la biopsie révèle une inflammation plus ou moins spécifique, une tuberculose ganglionnaire, une maladie de HODJKIN et d'autres hémopathies malignes ou des métastases de cancers.

A L C O O L I S M E

I.- IVRESSE :

Traiterent à base de sédatifs: Diazépan (Valium* 10 mg.) 1 à 4 ampoules selon les besoins.

2.- COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES MAJEURES :

2.1. Le Délirium Tremens (Syndrome confuso-onirique avec agitation, hallucinations et déshydratation).

- Rehydrater le malade (cf. déshydratation).

- Donner des antibiotiques (l'infection est généralement la cause déclenchante).

- Calmer le malade (Valium* 60 mg. par jour), Largactil* (100 mg. par jour) Haldol* (3 à 4 ampoules par jour).

2.2. L'encéphalopathie de GAYET WEERNICH: (détérioration intellectuelle avec troubles visuels).

- Faire de la vitaminothérapie B1 à forte dose en I.V.

2.3. Le Syndrome de KORSAKOFF: (amnésie antérograde associée à des fabulations).

- Le traitement est aléatoire : Vitamines du groupe B.

2.4. La Névrite rétro bulbaire et la Polynévrite : Faire un sevrage brusque plus des vitamines du groupe B. Les résultats sont sans illusion.

3.- LA CIRRHOSE : cf.

4.- LE SEVRAGE :

Il est indispensable dans tous les cas. Il doit être brusque et accompagné d'une psychothérapie de soutien.

- Donner de l'Espéral* (1 comprimé par jour). Ce comprimé a un effet Antabuse et l'ingestion d'alcool après sa prise provoque des malaises avec bouffées de chaleur et chute de la tension artérielle.

Les implants sont dangereux.

A M A I G R I S S E M E N T I N E X P L I Q U E

Rechercher systématiquement :

1°/ Une tuberculose (pulmonaire mais aussi extra pulmonaire)

2°/ Un cancer (foie, estomac, utérus, ovaires, colon surtout)

3°/ Une hémopathie maligne (maladie de Hodjkin, leucoses)

4°/ Une endocrinopathie (diabète, maladie de Basedow)

5°/ Une malabsorption (diarrhée chronique)

6°/ Une carence d'apport (grandes carences)

7°/ L'anorexie mentale (jeune fille ou vieux)

A M I B I A S E

I.- LES AMOEBICIDES

I.1. Les Amoebicides tissulaires :

- La déhydroéonétine (ampoules de 60 mg): Faire une injection sous cutanée de 1mg. par kg. et par jour pendant 10 jours en surveillant la tension artérielle, le cou (neuropathie éréctinienne) et si possible l'E.C.G. .

- Le métronidazole (Flagyl*) s'utilise à la posologie de 1,50 à 2 grs (6 à 8 comprimés) par jour pendant 7 jours. La Fasigyne*, le Tibéral*... donnent les mêmes résultats.

I.2. Les Amoebicides de contact :

Très nombreux (Berarsal*, Stovarsol*, Entobex*...), ils n'ont que des indications limitées.

2.- DANS L'AMIBIASE INTESTINALE AIGUE (Entamoeba histolytica histolytica dans les selles). On utilise les amoebicides tissulaires.

- Les antibiotiques, la rehydratation, sont indiqués dans les formes sévères. Les colites malignes (perforation) imposent parfois la chirurgie : les résultats sont médiocres.

3.- DANS L'AMIBIASE INTESTINALE CHRONIQUE (formes végétatives d'entamoeba minuta ou kystes dans les selles), on utilise les amoebicides de contact, mais l'essentiel est le traitement symptomatique de la colite (cf. colite spasmodique).

4.- DANS L'AMIBIASE HEPATIQUE : On administre toujours les amoebicides tissulaires.

- Si le traitement est efficace (guérison clinique et biologique) le diagnostic est confirmé et le traitement médical suffisant.

- Si la guérison clinique n'est pas obtenue, soulever deux hypothèses : l'erreur de diagnostic et l'abcès trop gros pour guérir médicalement. En pratique il faut vérifier la sérologie amibienne et ponctionner le foie à l'aide d'une aiguille fine au niveau de la zone la plus douloureuse (en évitant cependant de ponctionner dans le lobe droit).

- Si malgré plusieurs ponctions, le malade n'est pas guéri ou s'il survient une complication (rupture), confier le malade au chirurgien.

5.- LES AMOEBOMES : Sont traités par les amoebicides tissulaires et en cas d'échec opérer.

A N E M I E

Savoir que l'anémie se définit par le ~~taux~~ d'hémoglobine (inférieur à 10 g. par 100 ml.).

1.- RECHERCHER LES SIGNES D'INTOLERANCE DE L'ANEMIE : Collapsus, souffle systolique, dyspnée et exceptionnellement signes d'insuffisance coronarienne et hémiplégie.

2.- DEVANT UNE ANEMIE MAL TOLEREE :

- Grouper le malade et sa famille en vue d'une transfusion (cf. transfusion)
- En attendant les résultats du groupage placer du sang 0 +, 0 - ou des grosses molécules (Plasmion*, Dextran*, Rhéomacrodex*) et prélever toujours du sang en vue de faire la numération et la formule sanguine, le taux d'hémoglobine, l'hématocrite, l'électrophorèse de l'hémoglobine et le test de Coombs.
- Se rappeler que la transfusion d'un flacon de sang de 500 ml. élève le taux d'hémoglobine d'environ 1 g. par litre et que si ce dernier ne remonte pas, soit la cause de l'anémie continue (cas le plus fréquent) soit le malade n'est pas transfusé avec le bon groupe.

3.- DEVANT UNE ANEMIE BIEN TOLEREE :

3.1. Rechercher :

- Une cause évidente d'hémorragie (gynécologique, digestive surtout).
- Des signes d'hémolyse (ictère, urines foncées).
- Un syndrome palustre
- Une notion de prise de toxiques ou de médicaments (sulfamides, sulfones, Fansidar*) surtout chez les déficitaires en G6PD.

3.2. Faire :

La numération et la formule sanguine, l'hématocrite, le taux d'hémoglobine, le VGM, le CCHM, l'examen parasitologique des selles, la goutte épaisse, le taux de réticulocytes et l'urée sanguine.

3.3. Devant une anémie à CCHM bas (anémie hypochrome)

3.3.1. Si le taux de réticulocytes est élevé (anémie régénérative), penser à la Thalassémie et confirmer le diagnostic par le taux d'hémoglobine A₂ et foetale.

3.3.2. Si le taux de réticulocytes est bas : Il s'agit :

- Soit d'une anémie par carence en fer : saignement dans 90 % des cas : (faire un examen gynécologique, une fibroscopie, une rectoscopie) ou d'une carence d'apport le plus souvent relative (grossesse). Donner du fer ferreux (Fumafer*) par voie buccale à la posologie de 300 mg. par jour pendant 3 semaines et à continuer 2 semaines après la correction. La TRANSFUSION est indiquée si le taux d'hémoglobine est inférieur à 6 g. par litre (cause hémorragique surtout).

- Soit une anémie inflammatoire : rechercher une tuberculose, un cancer, une hépatite chronique ou une insuffisance rénale.

3.4. Devant une anémie à VGM élevé (anémie macrocytaire).

3.4.1. Si le taux de réticulocytes est élevé : il s'agit d'un signe d'amélioration d'une hémolyse aigue ou d'une hémorragie aigue.

3.4.2. Si le taux de réticulocytes est bas :

- Evoquer surtout une anémie par carence en acide folique dont les principales étiologies sont : la cirrhose, la grossesse, l'alcoolisme, la pyriméthamine (Malocido*), le Fansidar*, le Dactrim*, la sprue tropicale.

Dans tous les cas, faire un traitement étiologique associé à un traitement à l'acide folique (Foldime*) à la posologie de 4 comprimés par jour pendant 3 semaines en contrôlant l'apparition des réticulocytes.

- Discuter aussi la carence en vitamine B.12 (anémie de Biermer et surtout entéropathie duodénale) qu'il faut traiter par 100 gamma de vitamine B.12 par jour en contrôlant la formule sanguine et le taux de réticulocytes.

3.5. Devant une anémie à CCHM normal (anémie normochrome)

3.5.1. Si le taux de réticulocytes est élevé penser :

- Soit à une hémorragie aigue (digestive, gynécologique).

- Soit à une hémolyse aigue dont les causes principales sont :

* Une anomalie du globule rouge (hémoglobinoses SS ou SC): pas de traitement spécifique; corriger simplement l'anémie par des transfusions répétées; donner de l'Hydergine* (cf. drépanocytose) et de l'acide folique (cf. anémie macrocytaires).

* Le déficit en G6PD (arrêt du médicament).

* Le paludisme (cf.)

* Les septicémies avec hémolyse (cf. septicémies).

* Les anémies immunologiques par erreur transfusionnelle (transfuser le malade avec du sang iso groupe iso rhésus tout en surveillant la diurèse) ou par auto anticorps (test de Coombs positif): donner du Cortancyl* à la posologie de 1 mg. par kilo et par jour pendant au moins un mois.

3.5.2. Si le taux de réticulocytes est bas penser : soit

- A une insuffisance rénale chronique (cf.)

- A un myxoedème (cf. hypothyroïdie)

- A faire une ponction sternale pour rechercher une hémopathie maligne (cf.), un envahissement par un cancer (pas de traitement) ou à une maladie de Hodgkin (cf. hénatosarcomes).

ANEMIE HYPOCHROME
ET / OU MICROCYTAIRE

Arégénérative

Carence en fer

Hémorragies

Carence d'apport

Inflammatoire

Régénérative

Thalassémie

ANEMIE MACROCYTAIRE

Arégénérative

Carence en acide folique et/ou en vitamine B12

Régénérative

Hérolyse aigue

Hémolyse

Corpusculaire

Extra corpusculaire

ANEMIE NORMOCHROME
NORMOCYTAIRE

Arégénérative

- Insuffisance rénale

- Hypothyroïdie

- Leucémies

- Envahissement médullaire par les cancers
et les hémato sarcomes.

A N G I N E S

1.- DANS LES ANGINES ERYTHÉMATÉUSES OU ERYTHÉMATO-PULVÉRULÉES (causées par streptococciques) - La pénicilline s'impose (Bipénicilline* 2 ou 3 millions d'U.I. par jour pendant 8 jours ou Oracilline* 3 millions par jour pendant 8 jours).

- Les traitements locaux (pastilles, collutoires, pulvérisation) n'ont qu'un effet symptomatique accessoire.

- Surveiller toujours l'auscultation cardiaque et l'albuminurie au décours de l'angine.

2.- DANS LES ANGINES PSEUDO-MEMBRANEUSES : évoquer par principe une diphtérie (rare chez l'adulte) et donner au moindre doute 50.000 U.I. de serum antidiphtérique suivant la méthode de Besredka. Chercher éventuellement une hémopathie maligne (numération formule sanguine et myélogramme) ou une mononucléose infectieuse (MIF Test).

3.- DANS LES ANGINES ULCÉRO-NECROTIQUES : rechercher une hémopathie maligne (cf.)

4.- DANS LES ANGINES UNILATÉRALES : rechercher essentiellement :

- Un phlegmon de l'amygdale (donner des antibiotiques à forte dose : ampicilline, au moins 4 g. par jour et quelquefois incision).

- Une angine de Vincent (Bipénicilline* 1 million U.I. par jour pendant 8 jours).

- Un chancre syphilitique (faire un B.W. et donner de la pénicilline G à doses progressives afin d'atteindre 1 million d'U.I. en 4 à 5 jours, laquelle dose est à continuer pendant 20 jours).

A N G O R

cf. douleurs thoraciques.

A N G U I L L U L O S E

Mintézol* : 1 comprimé pour 10 kilos de poids en une seule prise 1 soir au coucher après un repas léger. Il donne des vertiges et des nausées fréquentes. Il est souhaitable de contrôler la guérison par l'hémogramme et l'examen parasitologique des selles (méthode de Baermann).

ANKYLOSTOMOSE

I.- On peut utiliser soit :

- Le Didakène* : 1 capsule pour 10 kilos de poids le matin à jeun. Il est contre indiqué en cas d'affections hépatiques graves et de grossesse. Il faut éviter les purgatifs huileux en cas de prise de ce médicament.

- Le Combantrin* : 1 comprimé pour 10 kilos de poids par jour pendant 2 jours.

- Le Vermox* : il se donne à la posologie de 2 comprimés par jour pendant 3 jours.

- Le Mintézol* à la rigueur.

2.- L'Alcopar* est inactif sur le Necator americanus, l'espèce la plus répandue au Mali.

3.- L'administration de fer ferreux (Fumafer* : 3 comprimés par jour) et les transfusions sont souvent indiquées pour corriger l'anémie (plus de 1.000 oeufs par gramme de selles par la méthode de Kato).

ANTIBIOTIQUES

Le nombre des antibiotiques disponibles s'accroît chaque jour, mais en réalité une quinzaine d'entre eux seulement sont réellement utiles (O.M.S.)

Le choix des antibiotiques se fonde sur :

- Le germe en cause isolé ou suspecté
- Le siège de l'infection (certaines localisations comme les méningites sont d'accès particulièrement difficiles)
- La gravité de l'infection (on n'utilise pas les mêmes antibiotiques pour une infection bénigne que pour une septicémie).
- Le terrain (une grossesse, une insuffisance rénale ou hépatique limitent l'emploi de certains antibiotiques).

Les tableaux suivants regroupent certaines données générales sur les antibiotiques et les détails sur leur emploi sont indiqués à propos de chaque affection.

LES ANTIBIOTIQUES RECOMMANDÉS PAR L'O.M.S.

I.- BETA LACTAMINES

* Pénicillines naturelles

- pénicilline G. (Pénicilline G*, Spécilline G*...)
- pénicilline procaine (Bipénicilline*)
- benzathine pénicilline (Extencilline*)
- pénicilline V (Oracilline*, Ospen*...)

* Pénicillines semi synthétiques

+ Anti-staphylococciques

- oxacilline (Bristopen*)
- cloxacilline (Cloxyphen*, Staphybiotic*)

+ A spectre large

- ampicilline (Totapen*, Pénicicline*)

* Céphalosporines : déconseillées par l'O.M.S.

2.- AMINOSIDES

- gentamycine (Gentalline*)
- amikacine (Amiklin*)
- la streptomycine est à réserver au traitement antituberculeux.

3. - PHENICOLES

- chloramphénicol (Tifomycine*...)

4.- CYCLINES

- tétracycline (Tétracycline*)
- doxycycline (Vibracycline*)

5.- MACROLIDES

- erythromycine (Erythromycine*, Abboticine*)

6.- POLYPEPTIDES : déconseillés par l'O.M.S.

7.- SULFAMIDES

- sulfadiazine (Adiazine*)
- sulfanéthoxypyridazine (Sultirène*)
- sulfadoxine (Fanasil*)
- sulfanéthoxazole-triméthopriméthoprime (Bact-)

Indications des Antibiotiques en fonction du Siège
et de la nature de l'organe

	Méningite	Sépticémie	Ostéïte	Infections urinaires	Infections biliaires
pénicilline G ou V.	±	+++		+	
cloxacilline		+++	±		
ampicilline	+++	+++		++	++
gentamycine amikacyne		+++	+	++	
chloramphénicol	+++			+	
cyclines			+	+	+
érythronycine			+		+
sulfamidés	+			+	
Bactrin*	+		+	++	+

Indications électorives : +++

Très bonne indication : ++

Bonne indication : +

Indication acceptable : ±

Pas d'indication : case vide

Indication des Antibiotiques en fonction du germe

Antibiotiques.	Streptocoque.	Staphylocoque.	Pneumocoque	Méningocoque	Gonocoque.	Brucelles	Bacille de Pfeiffer	Coli	Klebscielles.	Salmonelles	Shigelles	B. de la peste.	Vibron cholérique	Tréponème.
Germe / Antibiotiques														
penicilline G ou V.	++	R	++	+	+	R	R	R	R	R	R	R	R	++
cloxacilline		+				R	R	R	R	R	R	R	R	
ampicilline		R		++	+	+	++	+	R	++	+	+	+	
gentamycine					+	+	+	++	++	?	+	+	R	
amikacyne		++				+	+	++	++	?	+	+	R	
chloramphénicol		R	+	++	+	+	+	+	+	++	++	+	R	
cyclines	++	R	+			++	+				++		++	
érythromycine	++	R	+								R			+
sulfamides	+	R		+							+		++	
Bactrim*		R		+						++	+		+	

Indications électorives : ++

Indications relatives : +

Résistances : R

Emploi sans intérêt : colonnes vides.

Accidents des Antibiotiques

	Allergie	digestifs	Rein	Foie	Sang	Nerf VIII	Lyse des hématies	Grossesse
pénicilline G ou V.	++	-	-	-	-	-	-	-
cloxacilline	++	-	+	-	-	-	-	-
ampicilline	+++	+	-	-	-	-	++	+
gentamycine	-	-	+	-	-	++	-	-
amikacine	-	-	-	-	+++	-	++	++
chloramphénicol	-	++	-	+	-	-	-	++
cyclines	-	++	-	+	-	-	-	++
érythromycine	-	+	-	+	-	-	-	+
sulfamides	+	-	+	-	+	-	-	-
Bactrim *	+	+	+	-	+	-	++	+

Accidents **fréquentes** : +++
 Accidents **peu fréquents** : ++
 Accidents **discutables** : +
 Pas d'accidents : -

A N T I C O A G U L A N T S

I.- INDICATIONS ET CONTRE INDICATIONS

I.1. Indications : Ce sont avant tout les phlébites et les embolies pulmonaires mais on y associe aussi les thromboses artérielles. A titre préventif les anticoagulants sont indiqués chez les sujets alités et les cardiaques (surtout en cas de flutter ou de fibrillation auriculaire susceptibles de se compliquer d'embolie pulmonaire).

I.2. Contre indications: Toutes les lésions susceptibles de saigner, la grossesse (surtout pour les antivitamines K). En cas de traitement anticoagulant, INTERDIRE LES INJECTIONS SOUS CUTANÉES, INTRA MUSCULAIRES ET LES INFILTRATIONS.

2.- LA CALCIPARINE :

Elle s'injecte exclusivement par la voie sous cutanée dans la peau du ventre à l'aide d'une seringue et d'une aiguille spéciales toutes les 12 heures. La posologie le premier jour est de 0,1 ml. par 10 kilos de poids et par injection. L'efficacité du traitement est appréciée par un temps de Howell (TH) fait 6 heures après l'injection. La posologie est ajustée de telle sorte que le TH du malade soit compris entre 2 à 3 fois de celui d'un témoin.

En cas d'accidents hémorragiques, injecter par voie I.V. 50 mg. de sulfate de protamine à renouveler si besoin.

3.- LES ANTI-VITAMINES K

Les plus utilisés sont le Tromexane*, le Sintron* et la Pindione* dont l'activité est proche.

Il est prudent de commencer le traitement par des doses faibles (I/2 comprimé par jour) surtout chez les insuffisants cardiaques et hépatiques. L'activité des médicaments est appréciée par le taux de prothrombine (T.P.) effectué 48 heures plus tard. La posologie est ajustée de telle sorte que le T.P. soit compris entre 25 et 30 %. Les augmentations de dose se font par paliers d'un I/4 de comprimé toutes les 48 heures.

Le Sintron* est administré en une seule prise; il est préférable de fractionner les doses de Tromexane* dans la journée.

En cas d'accidents hémorragiques, l'idéal est d'administrer du PPSB, mais à défaut on peut utiliser du sang frais ou de la vitamine K.1.

Il faut se méfier des nombreuses interférences médicamenteuses (cf. tableau).

ANTICOAGULANTS

Médicaments susceptibles de modifier l'effet des antivitamines K

Groupes	Médicaments potentialisant l'effet des AVK.	Médicament diminuant l'effet des AVK.
Thérapeutiques cardiovasculaires	Quinine et quinidine : Cordarone Di-hydan Eedectrine Dihydroergotamine Hydergine	Digitales Carena, théobromine Théophylline Caféine
Anti-infectieux	Antibiotiques et sulfamides attaquant la flore intestinale: - Chloramphénicol - Néomycine - Isoniazide - Rifampicine - P. A. S.	Pénicilline Streptomycine
Neurotropes	I. M. A. O. Largactil Antihistaminiques Hydantoines	Barbituriques Doridène - Chloral Morphine - Dolosal Equanil-Procalmadol Haldol
Hormones	Les hormones thyroïdiennes, stéroïdes anabolisants (Nivelar, Solevar, Dianabol)	ACTH - Prednisone Oestrogènes Contraceptifs oraux
Anti-inflammatoires	Les dérivés salicylés Butazolidine, Tanderil, Nifluril, Indocid, Ponstyl, Amplivix, Benemide	
Hypolipémiants Hypoglycémiant	Lipavlon, Atherolip Dolipol, Diabinèse	
Divers	Laxatifs et huile de paraffine : Rhéomacrodex Purinethol, Antabuse le fer bivalent, l'EDTA	Anti thyroïdiens

A N U R I E S

cf. Insuffisance rénale.

A P L A S I E S M E D U L L A I R E S

1.- Elles sont suspectées sur l'héogramme qui montre une pancytopenie ou une anémie arégénérative, une leuco-neutropénie, une thrombopénie et affirmées par le myélogramme.

2.- LES CAUSES POSSIBLES SONT NOÛMBREUSES :

- Toxiques (chloramphénicol, antimétabolites et plus rarement antithyroïdiens, certains antiépileptiques, les dionex, certains neuroleptiques): arrêter le toxique.

- Virales (hépatites virales :cf.)

- Tuberculose (cf.)

- Génétique (maladie de Fanconi)

- Envahissement médullaire par une leucose (cf.); un sarcome ou des métastases de cancers : pas de traitement.

- Idiopathique : leur traitement relève de l'androgénothérapie prolongée (testostérone, Ing. par jour pendant 3 mois) contre indiquée chez la femme enceinte et le cancer prostatique.

A R T H R I T E S

cf. Rhumatologie.

A R T H R O S E S

cf. Rhumatologie.

A R Y T H M I E S

cf. Troubles du rythme

A S C A R D I O S E

Elle se traite par l'un des médicaments suivants :

- Vermox^{*} à la posologie de 2 comprimés par jour à prendre le matin à jeun pendant 3 jours.
- Combantrin^{*} : donner 1 comprimé pour 10 kilos de poids par jour pendant 2 jours.
- Mintézol^{*} : 1 comprimé pour 10 kilos de poids en une seule prise le soir au coucher après un léger repas.

A S C I T E

- 1.- RECHERCHER les causes de l'ascite (cf. tableau)
- 2.- PRESCRIRE un régime sans sel strict (cf. régime) sauf dans la tuberculose.
- 3.- ADMINISTRER des diurétiques (cf. insuffisance cardiaque) chez les cardiaques et les rénaux et très prudemment chez les cirrhotiques (cf. cirrhose).
- 4.- ENTREPRENDRE UN TRAITEMENT ETIOLOGIQUE : antituberculeux (cf. tuberculose), digitaliques ou corticoïdes.

Ascite (tableau)

	Signes	Cirrhose	Cancer primitif du foie.	Tuberculose péritonéale.	Coeur	Syndrome néphrotique.
CLINIQUE	foie	dur, nodulaire.	dur, bosselé, soufflant.	0	lisse et sensible	0
	ictère	±	±	0	0	0
	circulation veineuse collatérale	+	++	0	0	0
	reflux hépato-jugulaire.	0	0	0	+++	0
	oedèmes des membres inférieurs	±	±	0	++	+++
	amaigrissement.	+	+++	+++	±	±
CARACTERE DE L'ASCITE	protides	inférieur à 25 g./l.	variable	supérieur à 40 g/l.	variable	inférieur à 25g/l.
	nombre de cellules	rare	variable	très important	rare	rare
	type de cellules	mésothéliales ou mixtes.	mésothéliales, hématies, néoplasiques	lymphocytes: 95 %	mésothéliales et hématies	mésothéliales
EXAMENS COMPLEMENTAIRES		syndrome d'insuffisance hépato cellulaire.	alpha foe-to protéine positif	I.D.R.	-E.C.G.-scopie ou graphie pulmonaire	albuminurie importante.
LAPAROSCOPIE.		++	++	+++	0	0

- très important +++
 - assez important ++
 - important +
 - plus ou moins important ±
 - sans importance 0

A S T H M E

I.- ASTHME A DYSPNEE PAROXYSTIQUE

I.1. La crise d'asthme :

Il faut éliminer les asthmes cardiaques et les crises asthmatiformes des tumeurs médiastinales.

- La théophylline est le traitement essentiel. On l'utilise par voie I.V. lente, voire en perfusion (4 à 5 ampoules par jour dans un flacon de serum glucosé). Ses effets secondaires sont mineurs: excitabilité.

- Les béta sympathomimétiques sont efficaces mais dangereux en raison du risque d'accoutumance des malades. Ils sont contre indiqués formellement chez les cardiaques. On peut utiliser le Bricanyl* (1 ampoule sous cutanée). Exceptionnellement on peut utiliser des aérosols de Ventoline* ou de Bricanyl*

- Les corticoïdes n'ont pas leur place dans la crise d'asthme banale.

I.2. Au décours de la crise :

On peut prescrire les dérivés de la théophylline à action prolongée (Trédalan*, 1 comprimé matin et soir) et tenter une désinfection spécifique. L'administration de Lomudal* nécessite un entraînement du patient. La désinfection bronchique est indiquée en évitant les antibiotiques allergisants (cf. antibiothérapie).

Les béta sympathomimétiques en aérosol sont formellement interdits .

2.- ETAT DE MAL ASTHMATIQUE

Il impose :

. La corticothérapie par voie I.V. (Solunédrol* 40 mg. ou Solu-décadron* 5 mg., 1 ampoule à renouveler en fonction des besoins; au maximum 4 à 5 ampoules).

. L'oxygénothérapie bulle à bulle, voire la ventilation assistée après intubation.

3.- ASTHME A DYSPNEE CONTINUE

Il peut nécessiter une corticothérapie au long cours. Celle-ci doit être effectuée à dose aussi faible que possible (5 mg. de Cortancyl*) en respectant les précautions habituelles et les contre indications usuelles. Les corticoïdes en aérosol (Auxilzone*, Bécotide*: au maximum 8 bouffées par jour) semblent mieux tolérés que les corticoïdes par voie générale.

A S Y S T O L I E

cf. Insuffisance cardiaque

A T E L E C T A S I E cf. Pneumopathies

B A S E D O W cf. Hyperthyroïdie

B I L H A R Z I O S E S

I.- AMBILHAR*:

Il est actif dans les bilharzioses à Schistosoma haematobium et à Schistosoma mansoni. Il se donne à la posologie de 25 mg. par kilo et par jour pendant une semaine, soit 3 comprimés de 500 mg. chez un adulte de poids moyen. Sa tolérance est imparfaite (troubles digestifs, neuro-psychiques et plus rarement cardio-vasculaires et hémolyse chez les déficitaires en G6PD). Il est particulièrement mal toléré chez les cirrhotiques et les malades ayant une hypertension portale chez qui il vaut mieux l'éviter.

On y associe systématiquement le Valium* (2 mg. 3 fois par jour) ou le Gardé-nal* (5 cg. 2 fois par jour).

Le contrôle parasitologique est effectué six semaines au minimum après la cure d'Ambilhar*.

2. VANSIL*:

Utilisé à la posologie de 4 comprimés en une seule prise, il n'est actif que sur Schistosoma mansoni. Sa tolérance est imparfaitement connue.

3.- Dans les bilharzioses urinaires les antibiotiques sont souvent indiqués en cas de surinfection. Les interventions réparatrices sont délicates.

4.- Dans les bilharzioses intestinales il faut enlever à l'anse diathermique ou chirurgicalement les pseudo-polypes hémorragiques.

BLOCS AURICULO VENTRICULAIRES

1.- METTRE LE MALADE SOUS SURVEILLANCE clinique (pouls, tension artérielle) et si possible électrique.

2.- EN CAS DE SYNCOPE ET/OU DE BLOC DU 3^e DEGRE A RYTHME LENT, faire d'urgence une perfusion d'Isuprel* : 5 ampoules de 0,2 mg. dans 500 ml. de serum glucosé; ajuster le débit de la perfusion pour ramener la fréquence cardiaque aux environs de 60 à 90 par minute.

3.- RECHERCHER SYSTEMATIQUEMENT UNE ETIOLOGIE CURABLE :

- Intoxication digitalique: impose l'administration de potassium et l'arrêt du traitement.

- Intoxication par les bêta bloquants et les antiarythmiques: arrêter le traitement.

- Infarctus du myocarde imposant les anticoagulants et les corticoïdes.

- Plus rarement, infections (diphthérie, R.I.L.).

4.- DANS LES BLOCS AURICULO VENTRICULAIRES PERSISTANTS (SYNDROME D'ADAM STOKES):

- L'idéal est d'évacuer le malade à Abidjan pour la pose d'un pace macker

- A défaut, prescrire un traitement continu à l'Isuprel* (6 comprimés répartis dans la journée) ou à l'Ephedrine* (4 comprimés répartis dans la journée)

BOUVERET (Tachycardie)

cf. troubles du rythme.

B R O N C H I T E S

1.- BRONCHITES AIGUES :

Ce sont des affections bénignes traitées par les antibiotiques à faibles doses (Bipénicilline* 1 million par jour ou Tétracycline* 1,50 g. par jour pendant 8 jours).

L'essentiel est de ne pas les confondre avec une véritable pneumopathie ou une bronchite chronique rechauffée.

2.- BRONCHITES CHRONIQUES :

Ce sont des affections sévères à traiter énergiquement :

- Cure de drainage postural et éducation de la toux.
- Interdiction formelle du tabac.
- Antibiothérapie répétée par les cyclines, l'ampicilline ou les macrolides.
- Eventuellement, prescrire des fluidifiants et des expectorants, mais jamais des sédatifs de la toux.
- Quelquefois le traitement d'une insuffisance respiratoire ou d'un cœur pulmonaire chronique s'impose (cf.) .

B R O N C H E C T A S I E S

1.- Il faut y penser devant toute bronchorrhée chronique et chercher à confirmer le diagnostic par l'examen des crachats (sédimentation en quatre couches), la radiographie et le bronchogramme lypidolé.

2.- LE TRAITEMENT MEDICAL EST ANALOGUE A CELUI D'UNE BRONCHITE CHRONIQUE (cf.)

3.- LE TRAITEMENT CHIRURGICAL EST RESERVE AUX BRONCHECTASIES LOCALISEES chez les sujets à la fonction respiratoire suffisante (cf. Insuffisance respiratoire). Il suppose le concours de l'anesthésiste qualifié.

B R U C E L L O S E

1.- LES ANTIBIOTIQUES :

Qu'il s'agisse d'une brucellose septicémique typique ou d'une brucellose focalisée, ils constituent l'essentiel du traitement:

- Les cyclines: Tétracycline* (3 g. par jour pendant un mois).
- La streptomycine (1 g. par jour) ou l'ampicilline et ses dérivés (Topen*, Pénicilino* ... à la posologie de 2 g. par jour) en association avec les cyclines.
- La rifampicine est utilisée seule à la posologie de 300 mg. par jour pendant un mois après avoir exploré la fonction hépatique. Elle est efficace mais onéreuse.

2.- LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE EN FONCTION DES LESIONS DEPEND DU BON SENS.

Par exemple immobiliser le malade dans un corset plâtré en cas de spondylodiscite méltococcique.

C A N C E R P R I M I T I F D U F O I E

1.- LA CERTITUDE DIAGNOSTIQUE EST INDISPENSABLE : au moindre doute, demander les alpha foeto protéines, une laparoscopie et faire un test à la Déhydroéoméline* (1 mg. par kilo de poids et par jour par voie sous cutanée pendant 10 jours).

2.- LE TRAITEMENT EST ESSENTIELLEMENT SYMPTOMATIQUE : amydo-pyrine (Baralgin*, Avafortan*, Viscéralgine*...), neuroleptiques type Mopinan* (10 à 50 mg. par jour), voire opiacés (Dolosal*).

C A N D I D O S E S

1.- LES CANDIDOSES SUPERFICIELLES (qui comprennent les candidoses cutanées, muqueuses et digestives) relèvent d'un traitement local :

- Dans les candidoses cutanées, on applique de la pommade Mycostatine*, Fungizone* ou Dactarin* ou bien de l'alcool iodé ou de l'éosine à 2 %.

- Dans les candidoses intestinales on donne 4 à 6 comprimés de Mycostatine*, de Dactarin* et l'on supprime les antibiotiques qui l'ont favorisé.

2.- LES CANDIDOSES SEPTIQUES relèvent :

- Soit du Dactarin* (10 à 15 comprimés par jour pendant 3 mois).

- Soit de la Fungizone* par voie I.V. : perfusion toutes les 48 heures de 0,50 mg. par kilo de poids, diluée dans 500 ml. de serum glucosé à perfuser très lentement en 8 heures de temps. Il est indispensable de faire précéder chaque cure d'une injection de corticoïdes (Solumédrol* 20 mg.) et de surveiller l'urée sanguine, le potassium sanguin et l'E.C.G. . La durée du traitement est également de 3 mois.

C A R D I O M Y O P A T H I E

cf. Insuffisance cardiaque.

C A R D I O T H Y R O S E

cf. Hyperthyroïdie.

C E P H A L E E

Le problème est essentiellement étiologique. Rechercher par :

1- L'INTERROGATOIRE

I.1. Les céphalées psychologiques (bruit, effort intellectuel, soucis permanents, syndrome d'Atlas, céphalée de Vertex) : relèvent des tranquillisants mineurs: diazepam (Valium* 2 mg.), Tranxène* 5 mg. à la posologie de 2 à 3 comprimés pour le diazepam et de 1 à 2 comprimés pour le Tranxène* 5 mg.

I.2. Les céphalées liées à la ménopause

I.3. Les céphalées liées à un traumatisme (antécédants de traumatisme) : Faire la radiographie du crâne, et l'électroencéphalogramme et prescrire des antalgiques mineurs et des sédatifs (Adalgur* par exemple, 3 comprimés par jour).

2.- LA PRISE DE LA TENSION ARTERIELLE une hypertension artérielle (cf. Hypertension artérielle).

3 - L'EXAMEN NEUROLOGIQUE une hypertension intra-crânienne ou un syndrome méningé (cf. Hypertension intra-crânienne et méningite).

4 - LA RADIOGRAPHIE DE LA COLONNE CERVICALE une lésion osseuse.

5 - LES EXAMENS SPECIALISES (ophtalmologique, O.R.L., stomatologique) notamment un glaucome (tension oculaire, fond d'oeil, acuité visuelle), une otite, une sinusite (céphalée frontale, incidence de Blondeau), une carie dentaire.

C H O C cf. Collapsus.

C H O L E R A

Il y a 3 impératifs :

1.- REHYDRATER LE MALADE

Perfuser du sérum salé isotonique ou du liquide de Ringer le plus vite possible (2 à 3 litres en une heure jusqu'à la restauration du pouls et de la tension artérielle.

2.- DETRUIRE LE VIBRION par la sulfadoxine (Fanasil*) : 2 ampoules I.M. en une seule injection. A défaut on peut utiliser les cyclines (Tétracycline* ou Terramycine*, 1,50 g. par jour pendant 5 jours).

3.- PREVOIR DES LES PREMIERS CAS UNE ORGANISATION PERMETTANT DE FAIRE FACE A UNE EPIDEMIE EVENTUELLE (stocker les solutés et le Fanasil*, vaccination).

C I R R H O S E

I.- DEVANT UNE CIRRHOSE DITE COMPENSEE:

I.1. Seule la P.B.H. et/ou la laparoscopie sont les seuls moyens de diagnostic : La biopsie peut être souvent normale.

I.2. Il n'y a pas de traitement (la vitaminothérapie et les extrait de foie n'ont qu'un effet placebo).

2.- DEVANT UNE CIRRHOSE DITE DECOMPENSEE :

2.1. Le diagnostic est plus facile (ascite, oedèmes des membres inférieurs, hépato-splénomégalie, fœtor hépaticus, syndrome d'insuffisance hépato cellulaire biologique).

2.2. Le traitement du syndrome oedémato-ascitique comporte :

- L'hospitalisation du malade (repos)
- Le régime sans sel (c^o. régime)
- Les ponctions évacuatrices d'ascite
- Les diurétiques doux si les mesures précédentes sont inefficaces (aldactone I à deux comprimés par jour).

2.3. Le traitement des hémorragies digestives repose sur les transfusions, le traitement antiulcéreux en cas de gastrite ou d'ulcère, la pose d'une sonde de Blackmaure en cas de varices œsophagiennes (en évitant tout de même que le malade ne l'arrache), la vitamine K₁, le sang frais ou la PPSB si le T.P. est très bas.

2.4. Le traitement du coma hépatique est surtout préventif:

- Eviter les sédatifs quels qu'ils soient et les diurétiques puissants, corriger les déshydratations, laver le malade en cas d'hémorragie digestive.

- A titre curatif on propose les perfusions d'Ornicetyl* (1 à 3 flacons de 5 g. dans un flacon de 500 ml. de sérum glucosé). Les résultats sont sans illusion.

C. I. V. D.

cf. Hémorragie (syndrome)

C O E U R P U L M O N A I R E A I G U E

cf. embolie pulmonaire

C O E U R P U L M O N A I R E C H R O N I Q U E

1.- C'est une insuffisance ventriculaire droite clinique, radiologique et électrique chez un insuffisant respiratoire chronique.

2.- SON TRAITEMENT EST TRES DIFFICILE ; Il comporte :

2.1. Avant tout le traitement de la cause : antibiothérapie, drainage de nosure, traitement antituberculeux ...

2.2. L'institution d'un traitement anticoagulant en cas de présence d'un accident thrombo-embolique, d'une dyspnée, surtout si le malade est alité.

2.3. Les digitaliques :

Ils sont peu actifs et leur utilisation comporte de gros risques d'intoxication. On utilise surtout les digitaliques à action rapide (Cédilamide^{*}): cf. insuffisance cardiaque.

2.4. Les diurétiques sont utilisés mais la préférence est surtout portée sur l'acétazolamide (Diamox^{*}), utilisé à la posologie moyenne de 1 comprimé par jour car il a l'avantage de lutter contre l'acidose respiratoire.

C O L I Q U E S N E P H R E T I Q U E S

1.- SE REtenir DES FORMES ATYPIQUES : valeur sémiologique de l'agitation et des troubles urinaires.

2.- ELIMINER les coliques hépatiques, l'appendicite, les annexites.

3.- CALMER LA DOULEUR par l'amydopirine I.V. (Baralgin^{*}, Dolo adamon^{*}, viscéralgine^{*} forte, Avafortan^{*}).

4.- FILTREr SYSTEMATIQuEMENT LES URINES à travers du coton hydrophylo.

5.- FAIRE SI POSSIBLE LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES SUIVANTS :

- Biologiques : Urée sanguine, calcémie, uricémie, cytobac urinaire et éventuellement P.H. urinaire.

- Radiologiques: abdomen sans préparation, urographie intra veineuse.

6.- EN CAS - de petits calculs, discuter avec le chirurgien du choix entre l'intervention chirurgicale et l'expectative (attendre la migration spontanée du calcul en surveillant régulièrement le malade).

- de volumineux calculs avec retentissement sur le haut appareil, l'intervention chirurgicale est souhaitable.

7.- SI LE CALCUL EST ELIMINE AU MOMENT DE LA RADIO, on se contente de conseiller au malade de boire beaucoup.

COLITE SPASMODIQUE

- I.- NE PAS RECONNAITRE UNE LESION ORGANIQUE : examen clinique, éventuellement lavement baryté et rectoscopie.
- 2.- LE TRAITEMENT DOIT ETRE SIMPLE
 - 2.1. Le régime est fonction des troubles qu'accuse le malade: constipation ou diarrhée psychogène (cf. constipation et diarrhée).
 - 2.2. Les antispasmodiques : Viscéralgine* ou Spacine* par exemple à la posologie de 3 comprimés par jour.
 - 2.3. Les neuroleptiques mineurs (Vesadol* 2 à 3 comprimés par jour) ou les anxiolytiques (Valium* 2 mg. ou Tranxène* 5 mg. 1 à 2 comprimés par jour).
 - 2.4. Donner éventuellement des désinfectants intestinaux (Intérix* 3 comprimés par jour). Les poussoirs ou des adsorbants (charbon 2 à 6 comprimés par jour).
 - 2.5. En cas de constipation, interdire les laxatifs drastiques (Pilules carter*, Purganol* ...) au profit des laxatifs doux (Janylène*, 4 comprimés à prendre le soir au coucher avec beaucoup d'eau).
 - 2.6. En cas de diarrhée, il faut préférer les adsorbants (Actapul-gite*, 1 sachet au moment des trois principaux repas). aux ralentisseurs du transit (Diarsol*, Codeïne*).

COLLAPSUS

- I.- C'est une urgence médicale au cours de laquelle il faut mener de front la réhydratation et l'enquête étiologique (pour mettre en oeuvre un traitement causal, indispensable).
- 2.- CERTAINS GESTES SONT INDISPENSABLES DANS TOUS LES CAS :
 - Prendre le pouls et la tension artérielle toutes les heures et en faire la courbe.
 - L'examen des téguments (paleur, subictère) et de la peau (pli cutané).
 - La prise de la température
 - L'examen clinique en particulier celui du thorax et de l'abdomen.
 - La mise en place d'une sonde vésicale pour recueillir les urines (diurèse horaire, Labstix*).
 - Le groupage sanguin et si possible l'urée sanguine et la glycémie.
 - L'E.C.G.

3.- SI L'ETIOLOGIE EST EVIDENTE, LE TRAITEMENT EST AUSSITOT ADAPTE:

3.1. Le collapsus anémique (transfusion isogroupe et iso rhésus jusqu'à la stabilisation de la tension artérielle aux environs de 9/5.).

- Rechercher une hémorragie aiguë, surtout digestive ou génitale dont le traitement est le plus souvent chirurgical.

- Rechercher une hémolyse aiguë (déficit en G6PD, hémoglobino-
se SS, septicémie à perfringens, hémolyse immunologique): cf. anémie et septicémies.

3.2. Le collapsus par déshydratation : transfusion isogroupe iso rhésus et surtout perfusion de serum salé isotonique en quantité suffisante : au moins 3 litres), laquelle est le réel traitement.

- Rechercher la cause de la déshydratation : vomissement, diarrhée, diabète.

3.3. Le choc septique :

- Remplissage par du sang ou du Rhéomacrodex* et du Plasmion* ou bien avec du serum salé isotonique à défaut.

- Antibiothérapie à dose élevée (ampicilline 6 g. par jour par la tubulure d'une perfusion répartis en une injection de 1 g. toutes les 4 heures. On y associe la gentamycine à la posologie de 80 à 120 mg. par jour par voie I.M.). Il faut cependant se méfier d'une insuffisance rénale.

- Corticothérapie à dose forte par voie I.V. (hémisuxinate d'hydrocortisone 500 mg. ou Solumédrol* 120 à 240 mg.).

- Isuprel*: on peut l'utiliser éventuellement. Il se donne à la posologie de 2 à 4 ampoules de 0,2 mg. dans un flacon de 500 ml. de serum glucosé en surveillant la fréquence cardiaque et si possible l'E.C.G. Régler le débit des perfusions de façon que la fréquence cardiaque soit comprise entre 60 et 90 par minute. Il y a lieu de les arrêter si le pouls est supérieur à 100

- Rechercher la porte d'entrée

3.4. Le choc cardiogénique :

Son traitement est particulièrement difficile sauf s'il est possible d'agir sur la cause elle-même du choc.

- Isuprel* (cf. choc septique) s'il y a un bloc auriculo-ventriculaire.

- Choc électrique ou xylocaïne (1 à 2 % dans un flacon de serum glucosé en cas de tachycardie ventriculaire.

- Ponction péricardique : en cas de tamponnade.

- Dans les autres cas (embolie pulmonaire infarctus du myocarde), on est réduit aux mesures symptomatiques : - remplissage prudent en surveillant les bases pulmonaires (O.A.P.) et la pression veineuse (turgescence des jugulaires)

- administration prudente d'Isuprel* (choc septique) ou d'atropine (1/4 mg. à 1 g. dans un flacon de serum glucosé isotonique) dont les résultats sont aléatoires.

3.5. Le choc anaphylactique

- Remplissage avec du sang et des grosses molécules (Plasmion*)
- Corticothérapie à forte dose (hémisuzinate d'hydrocortisone 500 mg. ou Solumétrol* 120 mg. ou Soludécadron* 20 ng.) par voie I.V.
- Eventuellement Aramine*: 5 ampoules dans un flacon de serum glucosé isotonique.

3.6. Le choc neurogène :

Donner de l'Aramine* (cf. choc anaphylactique).

4.- SI L'ETIOLOGIE N'EST PAS EVIDENTE :

- Remplissage avec du sang et des grosses molécules (~~Dibénaçol~~ Plasmion*, Dextran*) en surveillant la pression veineuse et les bases pulmonaires.
- Si les téguments sont froids: perfuser de l'Isuprel* et des corticoïdes (cf. plus haut).
- Si les téguments sont chauds: utiliser l'Aramine* (cf. plus haut).
- Poursuivre l'enquête étiologique le plus rapidement possible.

C O M A

I.- REGLES GENERALES :

I.1. Surveiller :

- La profondeur du coma

S T A D E I	Le malade arrive à répondre aux questions
S T A D E II	Le malade ne répond pas aux questions mais réagit aux pincements
S T A D E III	Le malade ne réagit pas aux pincements mais les reflexes cornéens sont conservés.
S T A D E IV	Les reflexes cornéens sont abolis.

- Les grandes fonctions vitales: tension artérielle, pouls, rythme respiratoire, température toutes les heures.

- L'état d'hydratation
- L'état nutritionnel
- La peau (escarres)
- Les mollets (phlébite)

I.2. Le traitement symptomatique :

- Sonde vésicale à demeure
- Canule de Mayo, voir intubation après subluxation de la mâchoire en arrière.
- Perfusions
- Yeux (maintenir les yeux fermés avec un bout de sparadrap).
- Retourner le malade.
- Eviter les sédatifs même en cas d'agitation.

2.- RECHERCHER L'ETIOLOGIE:

2.1. L'interrogatoire des proches (coma toxique ?)

2.2. L'examen neurologique (hémiplégié, syndrome méningé, convulsions) : (coma neurologique?)

2.3. L'examen clinique :

- Etat de déshydratation (diabète ?)
- Givre, teint spécial (coma urémique)
- Ascite, ictère, fœtus hépatique ... (coma hépatique)

2.4. Les examens complémentaires systématiques :

- Urines (sucre et acétone): Labstix*
- P.L. (ictus apoplectique ?)
- Urée sanguine
- Glycémie
- Fond d'oeil.

4.- TRAITEMENT ETIOLOGIQUE (cf.)

COMA CHEZ UN DIABETIQUE

I.- FAIRE LA DIFFERENCE ENTRE LES QUATRES PRINCIPAUX COMAS CHEZ LE DIABETIQUE

TYPE DE COMA	CLINIQUE	BIOLOGIE
ACIDO-CETOSE	- Coma léger et progressif. - Respiration de Kussmaul odeur acétonique dans l'haleine	- Glycosurie ++++, acétonurie ++++ - Glycémie supérieure à 3 g./l.
HYPOGLYCEMIE	- Coma brutal et profond, réflexes ostéotendineux vifs, signe de Babinski bilatéral - Malade couvert de sueurs et agité.	- Glycémie inférieure à 0,50 g./l.
HYPEROSMOLARITE	- Malade très déshydraté.	- Glycosurie ++++ - Glycémie à 4 g./l. - Pas d'acétonurie
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL.	Hémiplégie	Variable

2. - DANS TOUS LES CAS :

- Hospitaliser le malade d'urgence
- Placer une sonde vésicale
- Chercher une voie veineuse sûre
- Etablir une fiche de surveillance et contrôler le pouls, la diurèse, le sucre et l'acétone dans les urines toutes les heures

3.- COMA ACIDO-CETONIQUE :

3.1. Faire de l'insuline ordinaire par voie I.V. toutes les heures suivant les croix de sucre dans les urines (Labstix*).

Si ++++ 20 U.I.

+++ 15 U.I.

++ 10 U.I.

0 ou + 0 U.I.

3.2. Perfuser: environ 3 à 4 litres de serums bicarbonatés et salés à la proportion de 1/3 de bicarbonaté pour 2/3 de serum salé isotonique environ.

3.3. L'évolution favorable se traduit :

- La disparition du sucre et de l'acétone vers la 6^{ème} heure.
- La disparition des troubles de la conscience
- La correction de la déshydratation (pouls, diurèse à environ 100 ml. p. heure, tension artérielle aux environs de 9/5).

3.4. On peut passer rapidement au traitement habituel du diabète type II après la disparition des croix de sucre et d'acétone.

3.5. Des complications sont possibles au cours de la surveillance

- L'hypoglycémie qu'il faut éviter en conservant toujours une glycosurie de sécurité (pas d'insuline si une seule croix) et en apportant du sucre (persions de serum glucosé isotonique, aliments). si vers la 6^{ème} heure l'acétone persiste alors que la glycosurie a disparu.
- L'hypocalcémie (tachycardie plus galop avec ondes U amples à l'E.C.G.) à prévenir par l'apport de potassium dès que la diurèse reprend.
- La surinfection à prévenir par les antibiotiques systématiques.
- Le collapsus et l'anurie irréversibles dans certains comas vus tardivement.

4.- TRAITEMENT DU COMA HYPOGLYCEMIQUE :

- Apporter 100 à 150 g. de sucre par voie I.V. soit 2 litres de serum glucosé isotonique à 5 % ou 500 ml. de serum glucosé hypertonique à 30 %. Les résultats sont spectaculaires.

- Si l'on ne parvient pas à trouver une veine on peut tenter l'injection d'une ou deux ampoules de Glucagon* dont l'effet n'est pas toujours évident.

5.- TRAITEMENT DU COMA HYPEROSMOLAIRE :

- Réhydratation massive par le serum salé isotonique ou mieux hypotonique
- Insulinothérapie comme dans le coma acido-cétosique (cf.)
- Antibiothérapie systématique.

6.- ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL :(cf. hémiplegie)

Même si le malade a une hémiplegie, il faut se méfier d'une acido césé.

C O M A H E P A T I Q U E

cf. Cirrhose

C O M A H Y P O X E M I Q U E

cf. Insuffisance respiratoire aigüe

C O M A T O X I Q U E

cf. Intoxications

C O M A U R E M I Q U E

cf. Insuffisance rénale aigue

C O M A V A S C U L A I R E

cf. Hémiplégie

C O M P R E S S I O N M E D U L L A I R E

cf. Paraplégie

C O N S T I P A T I O N

1.- IL EST INDISPENSABLE DE FAIRE LA DIFFERENCE ENTRE LES VRAIS CONSTIPES(une selle au moins tous les 3 jours) ET LES FAUX CONSTIPES(une selle tous les jours, mais elles sont dures).

2.- ELIMINER

2.1. Les constipations symptomatiques: cancer, colique, neuroleptiques, grossesse, fibrome utérin ou gros kyste de l'ovaire, fistule anale, myxoedème, colopathies fonctionnelles.

2.2. Les constipations transitoires : voyage, maladies infectieuses, malade qui ne mange pas.

2.3. Les constipations par fécalome chez les grands alités(hémiplegiques, paraplégiques): faire des petits lavements réétés.

3.- LES CONSTIPATIONS FONCTIONNELLES : Ce sont les plus fréquentes au Mali. Leur traitement comporte :

3.1. Le régime : il doit être riche en fruits (1 ou 2 fruits après chaque repas) et en légumes verts. Il faut conseiller au malade de boire au moins deux litres d'eau par jour mais déconseiller les féculents.

3.2. L'interdiction des purgatifs (Purganol*, Purcénide*...).

3.3. La prescription:

- Des hydratants des selles (son de gros mil, une cuillère à soupe dans un pot de yaourt chaque jour) ou des régulateurs du transit (Jamyène*, 4 comprimés le soir au coucher ~~avec~~ un grand verre d'eau);

- Des mucilages : (Mucinulgitte*, 3 sachets par jour à prendre au moment des trois principaux repas).

- Des lubrifiants: paraffine (Lansöyl*, une cuillère à soupe matin et s

DEMINERALISATION OSSEUSE

On oppose schématiquement l'ostéoporose et l'ostéomalacie.

1.- L'OSTEOPOROSE :

Elle se définit comme une diminution de la trame protéique et est souvent révélée par des lombalgies d'effort. A la radio les vertèbres aux bords nets, sont transparentes et tassées. Le bilan phospho-calcique est normal. Son traitement comporte le repos, les antalgiques, les anabolisants (Durabol, Hémobolan* ...) et surtout l'administration de calcium (2 g. par jour pendant 20 jours) puis de phosphore (2 g. par jour pendant 10 jours). Rechercher toujours une cause favorisante: corticothérapie, immobilisation prolongée.

2.- L'OSTEOMALACIE :

Elle se définit comme un manque de calcium osseux et se révèle par des douleurs osseuses, l'aspect lavé des os à la radio avec des stries pseudo fracturaires. On retrouve également une hypocalcémie, une hypocalciurie et une augmentation des phosphatases alcalines.

Son traitement repose sur l'administration de Sterogyl* (10 à 20 gouttes par jour jusqu'à la guérison de la maladie ou à la normalisation de la calcémie). On recherchera toujours sa cause: malabsorption, maldigestion (cf. diarrhée) gastrectomie.

3.- ON SE MEFIERA TOUJOURS :

- Des myélomes multiples (cf. hématosarcomes)..
- Des métastases osseuses
- D'une hyperparathyroïdie (hypercalcémie, hypophosphorémie) primitive (adénome de la parathyroïde) ou secondaire (insuffisance rénale)..

DESHYDRATATION

I.- REHYDRATATION :

- Perfuser au moins 3 litres de serum salé isotonique par 24 heures en faisant passer le maximum de liquide les premières heures (1,50 litre les deux premières heures).

- Surveiller - la tension artérielle (diminuer le rythme des perfusions si elle se stabilise aux environs de 9/5)..

- la diurèse qui, si la réhydratation est efficace doit se situer aux environs de 100 ml. par heure..

2.- RECHERCHER LES ETIOLOGIES :

- Diarrhées et vomissements (cf.)
- Polyurie (cf. diabète)
- Insuffisance d'apport (cf. comas)
- Fièvre (cf.)
- Sudation importante (insolation).

Faire avant la réhydratation 20 ml. de serum salé hypertonique.

D I A B E T E

1.- PENSER AU DIABETE non seulement devant un syndrome polyuro-polydipsique, mais aussi devant une complication infectieuse, vasculaire ou obstétricale.

2.- CONFIRMER LE DIAGNOSTIC par la glycémie et la glycosurie.

3.- DISTINGUER LES DEUX GRANDS TYPES DE DIABETE en sachant qu'il y a des formes intermédiaires :

- Type 1 : diabète de la maturité, non cétosique, chez des sujets souvent obèses, non insulino-dépendant ;

- Type 2 : diabète avec cétose et amaigrissement chez des sujets jeunes, insulino-dépendant .

4.- RECHERCHER SYSTEMATIQUENT LES COMPLICATIONS :

- Cutanées (panaris, phlegmon, gangrène)
- Cardiaques (coronarite)
- Pulmonaires (surtout tuberculose)
- Oculaires (cataracte, rétinopathie)
- Obstétricales (accouchement d'enfant de plus de 4 kg.)

5.- LE REGIME S'IMPOSE DANS TOUS LES CAS

- Exclure le sucre, les sucreries, les boissons sucrées et alcoolisées, le lait concentré sucré, certains fruits comme la banane, la mangue, les dattes

- Réduire le plus possible les céréales (mil, riz) les tubercules (pomme de terre, igname, patate, manioc), certains fruits (orange, citron).

- Mangr en quantité raisonnable le lait, le fonio.

- Mangor comme on veut les légumes verts, la viande, le poisson, les oeufs

- En cas d'obésité supprimer les graisses.

6.- DANS LE DIABETE DE TYPE I :

Si le régime ne suffit pas, prescrire l'un des hypoglycémiantes oraux suivants :

6.1. Le Glucophage* : Il se donne à la posologie de I comprimé de Glucophage* simple trois fois par jour ou de I comprimé de Glucophage* retard deux fois par jour. Il n'entraîne jamais d'hypoglycémie. Son emploi chez les hépatiques et les rénaux est dangereux.

6.2. Les sulfamides hypoglycémiantes sont à éviter chez les obèses. Ils peuvent donner une hypoglycémie, ce qui nécessite une posologie initiale prudente : Diamicron* ou Daonil*, 1/2 comprimé 3 fois par jour avant chaque repas ou Glucidoral* 1/2 comprimé par jour. Ce risque d'hypoglycémie est accrue chez les hépatiques, les rénaux, et les sujets qui prennent des médicaments comme l'aspirine et les sulfamides anti infectieux. La recherche de la dose efficace se fait par des contrôles répétés de la glycémie et de la glycosurie puis consiste à augmenter prudemment les doses de médicaments à la posologie de 1/2 comprimé 3 fois par jour pour le Diamicron* et le Daonil* et de 1/2 comprimé par jour pour le Glucidoral* jusqu'à la régularisation du taux de sucre sanguin.

7. DANS LE DIABETE DE TYPE 2.

L'insulinothérapie s'impose. En pratique, on utilise l'insuline retard I.P.Z. (les autres insulines sont trop onéreuses). Elle s'administre toujours par voie sous cutanée le matin avant le déjeuner. Il est indispensable d'utiliser une seringue à insuline. A la rigueur une seringue à I.D.R. peut être employée (en sachant que 40 U.I. d'insuline font 1 ml.). Il est utile de varier les points d'injection pour éviter les lipodystrophie.

La posologie de l'I.P.Z. est strictement individuelle, définie par approximation successives: le premier jour, on injecte 25 à 30 U.I. . On contrôle la glycosurie et éventuellement la glycémie le lendemain matin. Si la glycosurie disparaît ou la glycémie se normalise, on poursuit le même traitement à la même dose. Si l'équilibre n'est pas réalisé, on augmente la posologie quotidienne de 5 U.I. . Le même contrôle de la glycosurie et éventuellement de la glycémie permet de définir, au bout de quelques jours, la dose efficace ne provoquant pas de malaises hypoglycémiques.

Si dans la majorité des cas, les besoins d'un sujet restent les mêmes pour une très longue période, dans certains cas, ces besoins doivent être augmentés (maladies infectieuses, intervention chirurgicale, grossesse) ou être diminués au contraire; c'est dire l'importance du contrôle de la glycosurie journalière et si possible de la glycémie hebdomadaire.

Dans la mesure du possible, il est souhaitable que le malade fasse lui même ses injections. Dans le cas contraire, il est indispensable de s'assurer le concours d'un infirmier compétent. Il ne sert à rien d'équilibrer parfaitement un malade à l'hôpital si son traitement est interrompu le jour même de sa sortie.

8.- LE TRAITEMENT DES COMPLICATIONS EST DIFFICILE :

- La vaccination anti tétanique est systématique.
- Les antibiotiques et les antituberculeux sont souvent indiqués.
- Les soins locaux, la désinfection de la moindre lésion cutanée sont fondamentaux.

D I A R R H E E S A I G U E S

1.- APPRECIER LE DEGRE DE DESHYDRATATION et réhydrater le malade en conséquence (cf. déshydratation).

2.- PRESCRIRE EVENTUELLEMENT DES RALENTISSEURS DU TRANSIT INTESTINAL
atropine 1/4 de mg. par jour par voie sous cutanée; Diarsed* 3 à 4 comprimés par jour. ...

3.- RECHERCHER LA CAUSE DE LA DIARRHÉE afin de pouvoir instituer un traitement étiologique:

3.1. Infections et toxiinfections bactériennes :

- * Ce sont : - les salmonelloses et les shigelloses (diarrhées^s fébriles)
- les staphylococcies (diarrhées collectives afebriles)
- le choléra (épidémie).

* Elles relèvent toutes des désinfectants intestinaux :

- dans les salmonelloses, les shigelloses et les staphylococcies, on donne 10 comprimés de sulfaguandine (Ganidan*) par jour pendant 2 jours, à remplacer éventuellement par 1,50 g. de chloramphénicol ou de cyclines par voie orale si la diarrhée n'est pas arrêtée. On peut également utiliser le Bactrim* à la posologie de 4 comprimés adulte par jour.

- dans le choléra (cf.)

D I A R R H E E S C H R O N I Q U E S

1.- ELIMINER LA FAUSSE DIARRHÉE DES CONSTIPES :

Alternance de diarrhée et de constipation avec liquide d'hypersécrétion et cibles (cf. constipation).

2.- RECHERCHER SYSTEMATIQUEMENT :

- Une lésion organique de l'intestin par le T.R., la rectoscopie, le lavement baryté et éventuellement le transit du grêle. Certaines causes sont souvent retrouvées : les unes nécessitent un traitement chirurgical (cancer colique, polypes, tumeurs villosos), les autres, un traitement médical (tuberculose iléo-coecale, rectocolite ulcéro-hémorragique).

- Une diarrhée parasitaire : lambliaose; plus rarement, amibiase intestinale (cf.).

- Une diarrhée médicamenteuse ou toxique : antibiotiques, antimotiliques, laxatifs.

3.- DISCUTER TOUJOURS :

3.1. - Une diarrhée motrice, surtout si elle est post prandiale. Faire un test au Povanyl* ou au Carmin*. L'apparition de couleur rouge dans les selles avant la 6^{ème} heure confirme le diagnostic. Ces causes principales sont : le diabète (cf.), l'hyperthyroïdie (cf.), les tumeurs carcinoides du grêle (flush et 5HIA, difficiles à Bamako).

3.2. - Une malabsorption et une maldigestion, surtout si le malade a les poids des selles supérieur à 150 g. par jour, la stéatorrhée supérieure à 5 g. (difficile à Bamako) et s'il existe une hypocalcémie, une hypoprotidémie et une anémie macrocytaire ou feriprivo. Explorer dans ce cas :

- le foie à la recherche d'un ictère par rétention dont le traitement est généralement chirurgical.

- le pancréas: tumeurs du pancréas, pancréatite, insuffisance pancréatique nécessitant l'injection d'Erobiol* à la posologie de 5 g. par jour en cas d'insuffisance pancréatique ou de pancréatite et la téméraire chirurgie du pancréas en cas de tumeur.

- l'intestin grêle (transit du grêle, biopsie de la muqueuse jéjunale) à la recherche d'une sténose du grêle, de traitement chirurgical ou d'une atrophie villositaire, de traitement médical (tétracycline I, 50 g. par jour associée à l'acide folique, à la posologie de 3 comprimés par jour)

D I L A T A T I O N D E S B R O N C H E S

cf. Bronchectasies.

DOULEURS THORACIQUES

I. - LE DIAGNOSTIC EST FACILE LORSQUE L'EXAMEN CLINIQUE, LA RADIO OU L'E.C.G. PERMETTENT DE TROUVER UNE LESION ORGANIQUE BIEN DETERMINEE (cf. ces différentes maladies) :

- Pneumopathies, pleurésies, pneumothorax.
- Insuffisance coronarienne, infarctus du myocarde, péricardites, embolie pulmonaire.
- Lésions rachidiennes ou costales.

2. - LES DOULEURS THORACIQUES APPAREMMENT ISOLEES SOULEVENT DE DIFFICILES PROBLEMES DIAGNOSTIQUES :

2.1. L'angor est surtout discuté devant une douleur irradiant dans le bras gauche. La valeur du test à la Trinitrine* et des E.C.G. répétés, au besoin après un effort modéré, n'est pas négligeable.

2.2. L'embolie pulmonaire est surtout discutée si à la douleur s'associe une dyspnée, une tachycardie, et des circonstances étiologiques favorables (valeur des transaminases et des E.C.G. répétés). Instituer un traitement anticoagulant au moindre doute (cf. anticoagulant).

2.3. La médianécrose aortique est surtout discutée en cas de douleur associée à une chute de la tension artérielle, l'apparition d'une insuffisance aortique et l'abolition de certains pouls.

2.4. Les douleurs psychogènes : De loin les plus fréquentes, elles ne constituent cependant qu'un diagnostic d'élimination. On y pense surtout chez les sujets neurotoniques présentant des douleurs indescriptibles dans un riche contexte psycho-somatique. Elles relèvent des sédatifs mineurs : par exemple Valium* 2 mg., 3 comprimés par jour ou Tranxène* 5 mg., 2 comprimés par jour.

D R A C U N C U L O S E

Le traitement se résume à l'extraction prudente de la filaire de manière en l'enroulant sur une allumette dès qu'elle pointe à la peau et à la séro-anatoxinothérapie anti-tétanique systématique. Les antibiotiques sont souvent utiles et la chirurgie quelque fois indispensable en cas de surinfection du tigeur vermineux.

Aucun antihelminthique n'a fait la preuve de son efficacité.

D R E P A N O C Y T O S E

Le traitement est décevant mais il doit être néanmoins poursuivi avec patience. Il comporte :

- 1.- LES TRANSFUSIONS: lorsque le taux d'hémoglobine s'abaisse au dessous de 10 g. pour 100 ml.
- 2.- LES ANTIBIOTIQUES en cas d'infection pulmonaire (pneumocoque) ou ostéoarticulaire (staphylocoque, salmonelle): cf. antibiotiques.
- 3.- LES ANALGESIQUES à la demande, en cas de crise douloureuse (Baralgin* ou Viscéralgine forte*, 1 ampoule I.M. ou I.V. à renouveler en cas de besoin.
- 4.- LA CHEMIOPROPHYLAXIE ANTIPALUSTRE SYSTEMATIQUE : on donne la chloroquine (Nivaquine*) 100 mg. par jour ou l'Amodiaquine* (Flavoquine*) 600 mg. soit 3 comprimés tous les 15 jours.
(le paludisme favorise les crises drépanocytaires).
- 5.- LES VASODILATEURS "si on croit à leur efficacité": (Hydergine* à la posologie de 4 à 6 ampoules en perfusion lente par 24 heures à titre curatif et de 60 à 90 gouttes par 24 heures à titre préventif).
- 6.- LA CHIRURGIE : Elle est très difficile dans certaines ostéites et certains infarctus viscéraux.

D Y S E N T E R I E

- 1.- DISTINGUER TOUJOURS LES DYSENTERIES VRAIES D'UNE RECTORRAGIE OU D'UNE DIARRHÉE PLUS OU MOINS GLAIREUSE.
- 2.- DEVANT UNE DYSENTERIE AIGUE : Discuter essentiellement l'amibiase et les shigelloses. La clinique ne permet pas de trancher (fièvre en faveur d'une dysenterie bacillaire mais pouvant se voir dans les amibiases avec atteinte hépatique).

La rectoscopie montre des ulcérations dans les deux cas.

L'examen parasitologique des selles, ou mieux des glaires prélevées en rectoscopie ou au T.R. est décisif s'il montre des amibes hématophages.

La coproculture est difficile à obtenir rapidement.

Le traitement étiologique comporte les amebicides tissulaires (cf. amibiase) ou les antibiotiques: sulfaguandine (Ganidan*, 10 comprimés par jour pendant 2 jours et remplacer par le chloramphénicol à la posologie de 1,50 g. par jour ou le Bactrim* adulte, 4 comprimés par jour pendant 5 jours si la diarrhée continue).

3.- DEVANT UNE DYSENTERIE QUI "TRAITE"

La rectoscopie et le lavement barvté sont essentiels pour mettre évidence :

- Un polype (traitement antibilharzien et/ou l'exérèse à l'anse).
- Une tumeur villositaire ou un cancer du rectum (chirurgie).
- Une rectocolite ulcéro-hémorragique: rare (lavements aux corticoïdes et sulfamidothérapie buccale).
- Un fécalome (lavements répétés).

D Y S P H A G I E

I.- IL NE FAUT JAMAIS IGNORER LES DYSPHAGIES ORGANIQUES malgré les fréquentes dysphagies fonctionnelles au Mali, surtout s'il y a un mauvais état général et si son installation est progressive.

2.- LES CAUSES ORGANIQUES SONT ESSENTIELLEMENT :

- 2.1. O.R.L.: angines (cf.)
- 2.2. Neurologiques: paralysie du nerf X. Elle est évidente, car s'accompagne de troubles neurologiques importants: hémiplégie, tétraplégie.
- 2.3. Digestives: leur diagnostic étiologique se fait surtout par fibroscopie:

- Cancer de l'oesophage, sténose peptique (hernie hiatale), sténose caustique (potasse), mégaoesophage.

Toutes ces causes nécessitent un traitement chirurgical curatif ou palliatif.

3.- LES DYSPHAGIES FONCTIONNELLES sont les plus fréquentes et surviennent sur un terrain psychologique particulier. Le thérapeutique fait appel aux sédatifs à faible dose : Valium* 2 mg; ou Lubrium* à la posologie de 2 comprimés par jour ...

D Y S P N E E

I.- SAVOIR QU'IL Y A COMME DES DYSPNEES CARDIAQUES (polypnée inspiratoire) PULMONAIRE (bradypnée expiratoire) ET PLEURALES (polypnée superficielle), IL Y A DES DYSPNEES O.R.L., SINE MATERIA ET TOXIQUES

2.- RECHERCHER :

2.1. Les caractères de la dyspnée : fréquence (polypnée ou bradypnée, type (inspiratoire ou expiratoire), ancienneté, mode d'installation.

2.2. Les signes d'accompagnement : - source cardiaque, cyanose, turgescence des jugulaires.

- signes pulmonaires évidents (battement des ailes du nez, tirage et cornage sus sternal, hypocratisme digital).

- modification de la voix.

3.- FAIRE SYSTEMATIQUEMENT l'examen O.R.L., l'E.C.G., la scopie pulmonaire (ou la graphie), l'examen neurologique.

4.- TRAITER LA CAUSE :

4.1. Dyspnée O.R.L. : confier le malade à l'O.R.L. sauf dans le goitre ou il faut le confier au chirurgien.

4.2. Dyspnée cardiaque:

- Insuffisance cardiaque gauche ou rétrécissement mitral (cf. Insuffisance cardiaque).

- Embolie pulmonaire (cf.)

- Péricardite (cf.).

4.3. Dyspnée pleuro pulmonaire : asthme, pneumopathie aigue, miliaire tuberculeuse, pleurésie, pneumonie, bronchite chronique, emphysème pulmonaire ... (cf. ces différentes maladies).

EMBOLE PULMONAIRE

1.- LES FORMES TYPIQUES SONT CARACTERISTIQUES : A la suite d'une phlébite, apparition d'un point de côté, d'une dyspnée, d'une hémoptysie, d'un aspect $S_1 Q_3$ avec des grandes ondes S jusqu'en $V_5 V_6$ à l'E.C.G. et un infarctus de Laënnec sur la graphie.

2.- LES FORMES DEGRADEES SONT FREQUENTES : y penser systématiquement devant toute dyspnée chez un cardiaque alité.

3.- LE TRAITEMENT ANTICOAGULANT S'IMPOSE : Calciparine* relayé par les antivitaminiques K (cf. traitement anticoagulant).

4.- L'OXYGENOTHERAPIE ET LE TRAITEMENT DIGITALI DIURETIQUE SONT SOUVENT INDIQUEES (cf. Insuffisance cardiaque).

E M P H Y S E M E P U L M O N A I R E

cf. Insuffisance
respiratoire

E N D O C A R D I T E

cf. Fièvre chez un cardiaque

E T E R O C O L I T E

cf. Diarrhée

E P I L E P S I E S

1.- IL FAUT RECONNAITRE UN GRAND MAL même lorsqu'on n'assiste pas à crise. La valeur d'une chute traumatisante, d'une morsure de la langue, d'une perte des urines, d'une amnésie post critique est capitale.

2.- IL FAUT SAVOIR RECONNAITRE LES AUTRES TYPES D'EPILEPSIE : épilepsie focalisée (épilepsie Bravais Jacksonienne), épilepsie psycho motrice; le petit mal n'existe pas chez l'adulte.

3.- LE TRAITEMENT DES CRISES repose sur le phénobarbital (Gardena 20 cg. par voie sous cutanée) ou le diazépam (Valium[®]: 10 à 40 mg.). Ces doses peuvent être augmentées en cas d'état de mal épileptique.

4.- LA DISTINCTION ENTRE EPILEPSIE SECONDAIRE ET EPILEPSIE ESSENTIELLE EST INDISPENSABLE POUR LE TRAITEMENT ULTERIEUR :

- Sont à priori secondaires, les épilepsies d'apparition récente, les épilepsies focalisées (ou à début focalisé), les épilepsies s'accompagnant de troubles neurologiques à type de déficit ou de signes d'hypertension intracranienne. En fait toutes les épilepsies peuvent être secondaires; le fond d'oeil, l'E.E.G., la glycémie la radio du crâne et la calcémie permettent une orientation précise.

5.- LE TRAITEMENT ETIOLOGIQUE DES EPILEPSIES SECONDAIRES EST DIFFERENT :

- correction d'une hypoglycémie (cf.)
- neurochirurgie en cas de tumeur et surtout d'hématome traumatique. (évacuer le malade à Dakar ou à Paris).

F I B R I L L A T I O N A U R I C U L A I R E

cf. Troubles
du rythme.

F I B R I L L A T I O N V E N T R I C U L A I R E

cf. Troubles
du rythme.

F I B R I N O L Y S E

cf. Hémorragie (Syn-
drome).

F . L . R.

cf. Rhumatologie

F I E V R E

(en dehors de la fièvre chez le cardiaque)

Chez l'adulte, la fièvre n'est qu'un symptôme qui n'implique qu'exceptionnellement un traitement symptomatique particulier. Les hyperthermies malignes de l'adulte sont le plus souvent toxiques (phénotiazines) ou neurologiques qu'infectieuses. L'enquête étiologique est donc essentielle.

I.- CHEZ TOUS MALADES FEBRILES ON DOIT SYSTEMATIQUEMENT :

- * Analyser - la courbe de température (ancienneté, aspect).
 - le contexte épidémiologique et les antécédants du malade.
- * Rechercher - la notion de frissons et de sueur .
 - une splénomégalie
 - une affection focalisée : cardiaque, pulmonaire, méningé ,
O.R.L., rhino pharyngé , génito urinaire. ...

* Pratiquer une goutte épaisse, une numération et une formule sanguine, une V.S., une radio du thorax et au moindre doute un séro diagnostique de Widal, un séro diagnostique de Whright (rose bengalle), un examen des urines, et une hémoculture (quelquefois difficile à Banako).

2.- CERTAINES ETIOLOGIES SONT HABITUELLEMENT FACILEMENT RECONNUES

- Le paludisme (goutte épaisse, test thérapeutique).
- Les infections focalisées (mais il ne faut pas oublier qu'elles peuvent être la porte d'entrée d'une septicémie).
- Les septicémies (foyers multiples infectieux et hémoculture).
- La typhoïde (clinique et séro diagnostique de Widal).
- La brucellose (aspect ondulant de la courbe de température, rose bengale).
- La tuberculose pulmonaire (radio et surtout B.K.).

3.- PARFOIS L'ETIOLOGIE RESTE INCONNUE :

On est autorisé, compte tenu des possibilités de diagnostic limitées de Barako, à tenter successivement trois traitements d'épreuve :

- Le traitement antipaludique (Quinimax* 0,40 mg. par jour pendant 3 jours).
- Le traitement antibiotique à large spectre : donner de l'ampicilline (au moins 2 g. par jour par voie I.V., le chloramphénicol (au moins 2 ampoules de Solnicool* par jour par voie I.V.) ou les cyclines (deux ampoules de Terramycine* I.V.) pendant au moins 3 semaines.
- Exceptionnellement le traitement antituberculeux sera institué s'il existe le moindre signe permettant d'évoquer une tuberculose pulmonaire (I.D.R notion de contact) chez un sujet correctement exploré, chez qui le traitement antibiotique suffisant est resté inactif.

4.- IL FAUT SE RAPPELER QUE CERTAINES FIEVRES PROLONGEES NE SONT PAS D'ORIGINE INFECTIEUSE .

Il s'agit essentiellement des cancers viscéraux, des hématosarcomes, des leucoses, des maladies thrombo emboliques. La fièvre des antibiotiques nécessite une fenêtre thérapeutique.

F I E V R E C H E Z U N C A R D I A Q U E

I.- EXAMINER LE MALADE PUIS FAIRE UN E.C.G. ET UNE SCOPIE PULMONAIRE

I.1. La clinique recherchera des arthralgies, des douleurs précordiales, une dyspnée, une dysurie, une affection O.R.L., une modification d'un souffle ou l'assourdissement des bruits cardiaques à l'auscultation, des souffles et des râles d'origine pulmonaire.

I.2. L'E.C.G. recherchera un microvoltage avec des troubles diffus de la repolarisation, un allongement de P.R., une HVG, une HVD, un aspect $S_1 Q_3$ ou une onde en dôme.

I.3. La scopie recherchera essentiellement un gros coeur peu battant ou immobile, un débord droit avec 4 arcs à gauche ou seulement une cardiomégalie.

2.- HOSPITALISER LE MALADE ET PRESCRIRE :

- Le régime sans sel strict (cf. régime)
- Les digitalo-diurétiques (cf. insuffisance cardiaque).
- Les sels de quinine (Quinimax* 0,40 par jour pendant 3 jours).

3.- DEMANDER une goutte épaisse, une fibrinémie, un cyto bac urinaire, une hémoculture (difficile à Bamako), une numération et une formule sanguine et une V.S.

4.- DISCUTER LES PRINCIPALES CAUSES

4.1. Une maladie intercurrente :

- Paludisme (valeur de la goutte épaisse)
- Pneumopathies fébriles (valeur de l'auscultation pulmonaire et de la scopie).
- Affections O.R.L. (angine, otite ...).
- Infections urinaires (valeur de la dysurie et de l'examen cyto bactériologique des urines).

4.2. Une maladie thrombo embolique :

- Embolie pulmonaire (valeur de l'aspect $S_1 Q_3$ à l'E.C.G.)
- Infarctus du myocarde (valeur des ondes en dômes à l'E.C.G.)

4.3. Une péricardite (valeur du microvoltage et des troubles diffus de la repolarisation associés à un assourdissement des bruits à l'auscultation)

4.4. Une maladie d'Osler : Valeur des modifications auscultatoires cardiaques, de la fièvre ondulante, des hémocultures positives et des autres localisations septiques.

Rechercher toujours la porte d'entrée, le plus souvent dentaire.

4.5. Un rhumatisme articulaire aigu (valeur des arthralgies, de la fibrinémie, de l'allongement de P.R. à l'E.C.G.).

5- TRAITER LA CAUSE

- 5.1. Paludisme : Q. inimax* 0,40 mg. par jour pendant 3 jours.
- 5.2. Pneumopathies fébriles (cf. pneumopathies).
- 5.3. Angines (cf.).
- 5.4. Otitis (antibiotiques à large spectre).
- 5.5. Embolie pulmonaire (cf.)
- 5.6. Infarctus du myocarde (cf.)
- 5.7. Péricardites (cf.)
- 5.8. Rhumatisme articulaire aigu (cf. rhumatologie)
- 5.9. Maladie d'Osler.

Si le germe est un streptocoque, faire :

- pénicilline G, 10 à 20 millions par jour répartis de façon à faire une injection toutes les 4 heures dans la tubulure d'une perfusion continue de serum glucosé isotonique. On y associe la streptomycine, 1 g. par jour en injection I.M. . Le traitement est poursuivi pendant au moins un mois.

- Si le malade est allergique à la pénicilline, faire une association tétracycline érythronoyne par voie orale en utilisant des doses aussi élevées que possible selon la tolérance digestive. En pratique, on utilise généralement environ 3 g. de chaque. Là également il faut poursuivre le traitement pendant au moins un mois mais en tenant compte des contre indications des cyclines (grossesse vers le dernier mois et théoriquement enfants de moins de 5 ans).

En cas d'endocardite non streptococcique (hémoculture^s positives), il y a lieu d'adapter le traitement à l'antibiogramme .

F I L A I R E S

- cf. - Onchocercose.
- cf. - Dracunculose.
- cf. - Filiarioses lymphatiques.

F I L A R I O S E S L Y M P H A T I Q U E S

Le traitement antiparasitaire repose essentiellement sur la Notézine à la posologie de 4 à 5 mg. par jour pendant au moins 6 jours. Pour éviter les accidents de lyse filarienne, il est prudent de commencer par des doses faible et d'associer, dès le début du traitement, des antihistaminiques (Polaramine*, Réptétaps*, Primalan*, 2 comprimés par jour) ou les corticoïdes (Cortancyl*, 30 par jour pendant 3 jours.

Les macrofilaricides sont inactifs ou dangereux.

Certaines complications nécessitent des mesures particulières: chirurgie en cas d'éléphantiasis des membres et surtout du scrotum; repos au lit, antibiotiques et régime sans graisse en cas de chylurie.

F L U T T E R

cf. Troubles du rythme

G I A R D I A S E

cf. Lamblase

G L O M E R U L O N E P H R I T E

cf. Néphropathie
glomérulaire

G O I T R E

I.- UN BILAN PRECIS S'IMPOSE DANS TOUS LES CAS :

I.1. Interrogatoire : Recherche l'ancienneté du goitre et son évolution.

I.2. Examen clinique :

- * Le goitre : Rechercher - le volume (G_1, G_2, G_3, G_4).
 - Les caractères (nodulaire ou diffus).
 - L'existence de phénomènes inflammatoires.
- * Les signes de compression (dyspnée, dysphagie).
- * Les signes d'hyper ou d'hypothyroïdie.
- * Les adénopathies.

I.3. Examens complémentaires: numération et formule sanguine, V.S., reflexogramme achilléen, cholestérol, radio du thorax et du cou.

2.- LES GOITRES SIMPLES :

Il n'y a ni signes d'hyper ou d'hypothyroïdie, ni adénopathies, ni signes de compression ou d'inflammation.

2.1. Le goitre diffus :

Dans la plupart des cas c'est un goitre endémique par carence iodée

- Son traitement curatif utilise l'extrait thyroïdien (5 cg. soit 0,05^g par jour) ou la thyroxine (3,5 mg. soit 0,0005 g. par jour). Il est prolongé, peut s'étaler sur plusieurs années. Il faut éviter les accidents de surdosage (surveillance régulière du pouls).

- Son traitement préventif est à base d'iode. On utilise le Lugol* (5 gouttes per os par jour) à titre individuel ou les sels iodés en injection sous forme de Lipiodol* en traitement de masse.

Dans tous les cas, il faut se méfier des surcharges (Iode Basedow).

2.2. Le goître nodulaire (uni ou multinodulaire).

Faire une ponction: - s'il y un affaissement de nodule et que la seringue rapporte un liquide clair sans cellules néoplasiques, il s'agit d'un kyste bénin.

- dans les autres cas, l'éventualité d'un cancer ne peut être exclue: confier le malade au chirurgien.

3.- LES GOITRES INFLAMMATOIRES :

3.1. L'existence de signes inflammatoires locaux et généraux (numération formule sanguine, V.S.) évoque surtout une thyroïdite (mais le cancer est possible).

En l'absence d'examens sophistiqués, il est logique de prescrire des antibiotiques à large spectre (cf. antibiothérapie) associés aux corticoïdes (30 mg. de Cortancyl* par jour et de guetter l'apparition d'une hypothyroïdie.

Dans le cas particulier de la thyroïdite tuberculeuse, le diagnostic est limité le plus souvent au contexte: prescrire des antituberculeux (cf. tuberculose) et confier le malade au chirurgien.

3.2. Le cancer de la thyroïde.

- Le diagnostic est parfois évident: il s'agit d'un goître augmentant rapidement de volume avec des signes de compression, des adénopathies et des métastases (osseuses).

- Souvent le diagnostic est difficile: goître banal, plus ou moins nodulaire, plus ou moins inflammatoire; Le traitement est chirurgical.

4.- LES GOITRES AVEC HYPOTHYROIDIE OU HYPERTHYROIDIE (cf. hypothyroïdisme ou hyperthyroïdisme).

G O U T T E

cf. Rhumatologie

G U I L L A I N B A R R E

cf. Paraplégies

H E M A T E M E S E

cf. Hémorragies digestive

HEMATOSARCOMES

I.- MALADIE DE HODJKIN OU LYMPHOGRANULOMATOSE MALIGNNE

I.1. Le diagnostic est histologique: Biopsie d'une adénopathie ou plus rarement d'une autre localisation.

I.2. Le pronostic se juge sur:

- L'extension des lésions: Stade I (une seule adénopathie)
Stade 2 (adénopathies dans deux territoires du même côté du diaphragme).
Stade 3 (adénopathies de part et d'autre du diaphragme).
Stade 4 (atteintes viscérales, surtout hépatique, splénique, médullaire, pleuro pulmonaire, digestive et osseuse).

- Le syndrome inflammatoire : fièvre, augmentation de la V.S., hyperleucocytose avec polynucléose neutrophyle, hyper alpha 2 globulinémie, anémie inflammatoire.

I.3. A Bangko le traitement est uniquement chimiothérapique :

- Le " MOPP " associe une moutardo à l'azote (Cariolysine*), l'Oncovin*, la procarbazine (Natulan*) et la prednisono (Cortancyl*). Chaque cure dure 15 jours et comporte: une perfusion à J₁ et J₇ d'un serum glucosé isotonique dans la tubulure de laquelle on injecte 0,1 mg. par kilo de Cariolysine* et 1 à 2 mg d'Oncovin*, l'administration per os de 3 comprimés de Natulan* de J₁ à J₁₅, l'administration per os de J₁ à J₇ de Cortancyl* à la posologie de 1,5 mg. par kilo et par jour. On pratique habituellement 3 cures de " MOPP " séparées par 15 jours d'intervallo.

- Très souvent, par manque d'antimitotiques, des schémas différents doivent être adoptés (1 à 2 ampoules d'Oncovin* dans la tubulure d'un flacon de serum glucosé isotonique une à deux fois par semaine). Ils donnent de moins bons résultats.

- La posologie sera réduite en cas d'insuffisance hépatique ou rénale.

- Un contrôle hebdomadaire de l'hémogramme s'impose. Il y a lieu d'arrêter le traitement si les polynucléaires neutrophyles sont inférieurs à 1.000 et les plaquettes inférieures à 50.000

I.4. - Los antibiotiques et los antituberculeux trouvent leur indication dans les surinfections.

- Le Mintézol* s'indique en cas d'anguillulose démontrée (Baermai)
- Le Malocide* s'indique en cas de toxoplasmose. (cf.)

2.- LES LYPHORETICULOSARCOMES

2.1. Leur symptomatologie est polymorphe: fièvre, adénopathies, splénomégalie, localisations O.R.L., digestives, cutanées, osseuses, ovariennes pleuro pulmonaires, péricardiques.

2.2. Le diagnostic est cytologique et histologique

2.3. Le traitement est proche de celui de la maladie de Hodjkin(cf.

2.4. Les réticulosarcomes sont habituellement peu sensibles à la chimiothérapie, les lymphosarcomes y réagissent mieux.

2.5. Le lymphome de Burkitt n'est qu'une variété particulière du lymphosarcome. Chez l'adulte les localisations mandibulaires sont rares alors que les localisations abdominales sont très fréquentes. Il est particulièrement sensible à l'Endoxan* (600 mg. par semaine dans un flacon de serum glucosé isotonique) et au Méthotrexate* (0,1 mg. par kilo et par jour deux fois par semaine).

3- LE MYELOME OU MALADIE DE KAHLER

3.1. Son diagnostic repose sur les lacunes de décalcification osseuse, la plasmocytose médullaire, la protéinurie thermosoluble de Bence Jones et surtout l'existence d'une immunoglobuline monoclonale de type I_gG et plus rarement I_gA.

3.2. Le traitement utilise l'Endoxan*, (1 comprimé à 100 mg par jour ou 600 mg en perfusion dans un flacon de serum glucosé isotonique toutes les semaines).

3.3. Le pronostic est grevé de nombreuses complications: insuffisance médullaire, insuffisance rénale, hypercalcémie ...

4.- LA MALADIE DE WALDENSTROM

4.1. Son diagnostic repose sur les adénopathies, la splénomégalie, la lymphocytose sanguine et médullaire et la macroglobulinémie sérique.

4.2. Le traitement repose sur le chloraminophène donné à la posologie de 4 à 6 comprimés par jour en surveillant l'hémogramme une fois par semaine (cf. Maladie de Hodjkin).

4.3. Les complications sont fréquentes: Insuffisance médullaire, insuffisance rénale mais aussi troubles neurologiques, insuffisance cardiaque et troubles de la coagulation en rapport direct avec la macroglobulinémie.

H É M A T U R I E

Le problème est essentiellement étiologique.

I.- L'INTERROGATOIRE recherche :

- Le type de l'hématurie (initiale, totale ou terminale: épreuve des 3 verres).

- L'âge du malade
- La notion d'existence de colique néphrétique
- La présence de caillots dans les urines
- L'existence d'autres dysuries (pollakiurie, douleur ...).

2.- L'EXAMEN CLINIQUE recherche :

- Un gros rein
- Une grosse prostate (T.R.).
- Une grosse vessie (retention d'urine).

3.- LES EXAMENS PARA CLINIQUES à demander sont :

- Urines (parasitologie, cytobactériologie, albumine).
- L'abdomen sans préparation
- L'azotémie
- L'urographie intra veineuse
- La cystoscopie

4.- LES HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES

Âges	Hématurie totale	Hématurie terminale	Hématurie microscopique
Sujets inférieurs à 45 ans	-Bilharziose urinaire (cf.) -Calculs(chirurgie) -Tuberculose urinaire(cf.tuberculose) -Traitement anticoagulant (cf.)	-Bilharziose urinaire (cf.) -Calculs(chirurgie) -Tuberculose(cf.) -Polypes(chirurgie).	- Glomérulopathie chronique (cf.néphropathies glomérulaires)
Sujets supérieurs à 45 ans.	-Cancer de la prostate; tumeur rénale(chirurgie) -Traitement anticoagulant(cf.)	- Cancer de la prostate et du haut appareil (chirurgie) -Polypes vésicaux(chirurgie)	- Glomérulopathie chronique(néphropathies glomérulaires)

H E M I P L E G I E S

1.- FAIRE LE DIAGNOSTIC DE L'HEMIPLÉGIE est facile sauf lorsque le malade est dans le coma, ou lorsqu'à l'inverse, l'hémiplégie est fruste.

2.- LES HEMIPLÉGIES D'APPARITION BRUVALE OU RAPIDE SONT HABITUELLEMENT VASCULAIRES

- Ictus apoplectique de l'œdème aigu cérébro-méningé des vieux hypertendus, de pronostic très réservé.

- Ramollissement cérébral réalisant des hémiplégies moins sévères, dues, soit à l'athérome, soit à des embolies d'origine cardiaque (infarctus du myocarde, cardiomyopathies, R.I. surtout).

- Certaines encéphalites, certaines méningites, certaines thromboses cérébrales et certains abcès du cerveau réalisent tous plus ou moins des hémiplégies plus ou moins graves (valeur de la P.L.).

3.- LES HEMIPLÉGIES D'APPARITION PROGRESSIVE sont essentiellement dues à des tumeurs :

- Méningiomes, gliomes

- Exceptionnellement, tuberculomes, kystes hydatiques

4.- LE TRAITEMENT DES HEMIPLÉGIES EST TRIPLE :

- Symptomatique (perfusions, lutte contre l'enconbrement, les escarres..

- Etiologique : hypotenseurs en cas d'hypertension (cf.), anticoagulants (cf.) en cas d'embolie d'origine cardiaque, neurochirurgie (envoyer le malade en milieu spécialisé) dans les tumeurs.

- Le Synacthène* (1 mg. de Synacthène Retard* par jour en injection I.M.) est indiqué dans presque tous les cas. Les autres corticoïdes donnent de moins bons résultats.

H E M O P H I L I E

cf. Hémorragique
(syndrome).

H E M O P T Y S I E

Le problème est triple :

1.- NE PAS LA CONFONDRE AVEC avec une gingivorrhagie, une hématurie, une épistaxis déglutie et une hémoptysie.

2.- LA TRAITER D'URGENCE

- * Hospitaliser le malade
- * Le grouper et le transfuser si l'hémoptysie est importante (ce qui est rare)
- * Prescrire - des antitussifs (Théralène* sirop adulte, 3 à 4 cuillères à soupe ou Terpène* 2 à 3 comprimés).
 - des tranquillisants (Valium* 10 mg. par voie I.V. ou I.M. à renouveler si possible.
 - des hémostatiques (Adronoxyl* 1 à 2 ampoules) si on y croit.
 - des modificateurs de la muqueuse bronchique (atropine I/4 de mg. par jour en respectant ses deux contre indications: l'adénome de la prostate et le glaucome).

3.- LA RECHERCHE DE L'ETIOLOGIE

Les principales causes d'hémoptysie par ordre de fréquence sont:

- La tuberculose pulmonaire (clinique, I.D.R., B.K. positif, radio),
- L'abcès du poulmon (clinique, radio): cf. pneumopathies.
- Le rétrécissement mitral (auscultation): cf. valvulopathies.
- La dilatation des bronches (cf. bronchoectasies)
- Les tumeurs bronchiques : rares
- Les kystes hydatiques : exceptionnels.

H E M O R R A G I E S D I G E S T I V E S

I.- HEMATHESE

I.1. Eliminer l'épistaxis déglutie, l'hémoptysie, les gingivorrhagies et l'hématurie.

I.2. Apprécier l'abondance de l'hématurie par l'interrogatoire, l'intensité de la pâleur, la tension artérielle surtout, éventuellement l'hémo-gramme (qui pêche le plus souvent par l'optarisme au début).

I.3. Grouper le malade et son entourage (à la recherche d'un donneur) et le transfuser de façon à remonter la tension artérielle à un chiffre acceptable (9/5). A défaut de sang, perfuser des solutés macromoléculaires (Plasmin*, Rhéomachrodex*, Dextran*).

I.4. Rechercher la cause de l'hémorragie par :

- L'interrogatoire : épigastralgies, vomissements répétés, antécédants d'ulcère, ethylisme, notion de prise d'un médicament agressif (aspirine, corticoïdes, antiinflammatoires, anticoagulants,).

- L'examen clinique : hépatomégalie, ictère, circulation veineuse collatérale, ascite

- Surtout la fibroscopie, faite en urgence dès que l'état du malade le permet (tension artérielle acceptable, conscience normale) car certaines lésions sont labiles. Elle met en évidence le plus souvent un ulcère gastrique ou duodénal, un cancer, une gastro-duodénite, un syndrome de Mallory Weiss, les deux dernières lésions étaient labiles. Il est préférable de la répéter après un lavage gastrique si l'abondance de l'hémorragie gêne l'examen.

I.5 Prolonger la surveillance de la tension artérielle et répéter éventuellement les transfusions

I.6. Mettre en oeuvre un traitement étiologique :

- Ulcère gastro duodénal (cf. ulcère gastro duodénal non compliqué).
- Gastro duodénite donner des pansements gastriques associés à l'atropine ou aux produits à effet atropinique (cf. ulcère gastro duodénal non compliqué).

- Varices œsophagiennes ; placer une sonde de Blakemore en évitant que le malade ne l'arrache brutalement.

- Arrêt des traitements agressifs

- Chirurgie palliative ou gastrectomie en cas de cancer.

2.- MOELLE

2.1. Éliminer les selles noircies par les traitements marciaux et les bismuth .

2.2. Apprécier l'abondance de l'hémorragie ; grouper le malade et son entourage puis transfuser le malade (cf. supra).

2.3. Rechercher la cause du noéléna :

Outre les causes signalées ci-dessus, les noélénas peuvent être dues à une lésion intestinale. La fibroscopie est une indication urgente. Si elle ne montre rien, il faut pratiquer le plus rapidement possible un lavement baryté et/ou un transit du grêle.

3.- RECTORRAGIE

3.1. Apprécier les caractères du sang (rouge, caillot plus ou moins digéré).

3.2. Elle peut être modérée et parfois abondante, nécessitant une réanimation et la transfusion.

3.3. Pratiquer : T.R., rectoscopie (après un lavement évacuateur sous faible pression si besoin), éventuellement baryté.

3.4. Le traitement est fonction de l'étiologie :

- Hémorroïdes : Le traitement sclérosant par l'injection locale de quinine sous la muqueuse rectale nécessite un entraînement. On peut prescrire des pommades antihémorroïdaires à la posologie de 3 applications par jour. La chirurgie est indiquée en cas d'échec de l'un ou l'autre des traitements précités.

- Tumeurs bénignes ou malignes : Exérèse chirurgicale en cas de grosse tumeur et à l'anse diathermique dans le cas d'un petit polype.

- Invagination intestinale aiguë (rare chez l'adulte).

- Traumatiques : prise de la température rectale, biopsie de la muqueuse rectale.

- Les syndromes dysentériques (cf.)

HEMORRAGIES MENINGEES SPONTANEEES

I.- IL FAUT

- Différencier les hémorragies méningées et la piqûre vasculaire au moment de la P.L. (prélèvement du L.C.R. dans 3 tubes sans anticoagulant).

- Ecarter les hémorragies méningées traumatiques qui relèvent du chirurgien.

2.- EN CAS D'HEMORRAGIE SPONTANEE DISTINGUER :

- Les hémorragies méningées pures (céphalées intenses, pas de coma) des hémorragies cérébro-méningées (ictus apoplectique).

- Les hémorragies méningées fébriles des hémorragies méningées apyrétiques.

3.- LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE EST ESSENTIEL POUR LE TRAITEMENT

3.1. La rupture d'un anévrisme artériel ou artério-veineux :

Le sujet est jeune est afebrile. L'hémorragie méningée est pure et le plus souvent accompagnée d'une paralysie oculo-motrice ou d'une hémiparésie. La radio du crâne montre une érosion du clinofide ou des calcifications d'un anévrisme artério-veineux.

Evacuer le malade le plus rapidement possible dans un centre de neuro-chirurgie.

3.2. L'hypertension artérielle

Le sujet est âgé, hypertendu et quelquefois afebrile. Le plus souvent il s'agit d'une hémorragie cérébro-méningée. Le traitement par les hypotenseurs reste sans illusion.

3.3. Les causes rares : méningite à forme hémorragique, syndrome hémorragique, syndrome malin des maladies infectieuses.

HEMORRAGIQUE (diagnostic des syndromes)

Examens complémentaires. Maladies	Temps de saignement (T.S.)	Temps de coagulation (T.C.) ou temps de Howell (T.H.)	Taux de prothrombine. (T.P)	Numération des plaquettes.	Fibrine
Purpura thrombopénique	augmenté	normal	normal	thrombopénie	normal
Purpura inflammatoire	augmenté	normal	normal	normal	normal
Hypoprothrombinémie	normal	augmenté	bas	normal	normal
Hémophilie	normal	augmenté	normal	normal	normal
Coagulation intravasculaire disséminée et fibrinolyse	normal ou augmenté	élevé	bas	normal ou thrombopénie	bas

HEPATITES MEDICAMENTEUSES

Si la liste des médicaments susceptibles de donner une hépatite est longue, la fréquence des accidents est en fait rare, du moins chez les sujets dont le foie est normal; de plus, sauf exception, ces hépatites cèdent à l'arrêt du traitement.

1.- CERTAINS MEDICAMENTS ONT UNE HEPATOTOXICITE DIRECTE LIEE A LA

DOSE : paracétamol (Propofan* par exemple), certains antibiotiques (erythromycine, rifampicine, isoniazide, tétracyclines périmées chez la femme enceinte, Griséfuline*), antimotiques, androgènes et surtout oestrogénostatifs anticonceptionnels (à dose excessive ces derniers provoquent non seulement des hépatites mais aussi des adénomes hépatiques), alpha métyl do (Aldomet*), parfois responsable d'hépatites chroniques).

2.- D'AUTRES MEDICAMENTS NE SONT TOXIQUES QUE CHEZ CERTAINS SUJETS

SENSIBILISES: Largactil* (hépatite cholestatique), IMAO et Fluothane* (hépatite cytolytique), plus rarement Dihydan*, Pindione*, antihypertenseurs, antithyroïdiens, sulfamides.

3.- L'HEPATOTOXICITE DES MEDICAMENTS TRADITIONNELS RESTE A DEMONSTRER

HEPATITES VIRALES

1.- HEPATITE VIRALE SIMPLE OU ICTERE CATHARAL BENIN (forme aiguë bénigne).

Elle ne nécessite aucun traitement ni de régime (sauf l'interdiction de l'alcool, des médicaments hépatotoxiques et des contraceptifs).

Les corticoïdes sont contre indiqués. Les vitamines et les extraits de foie n'ont qu'un effet placebo.

Il faut simplement s'assurer de la guérison clinique et biologique (transaminases) au bout de la 4^{ème} semaine, 6^{ème} semaine, 3^{ème} mois, 6^{ème} mois et du repos pendant la période ictérique.

2.- ICTERE GRAVE D'EMBLEE

Il nécessite le traitement symptomatique habituel des comas (cf.). On peut ajouter de la vitamine K₁, du sang frais, des activateurs du cycle de l'uréogénèse (Ornicetil*, 15 g. par jour en perfusion lente répartis entre 3 ou 4 flacons de serum glucosé isotonique); des corticoïdes par voie parenthérale (Solumédrol* 40 à 120 ng. par jour). Le pronostic est effroyable.

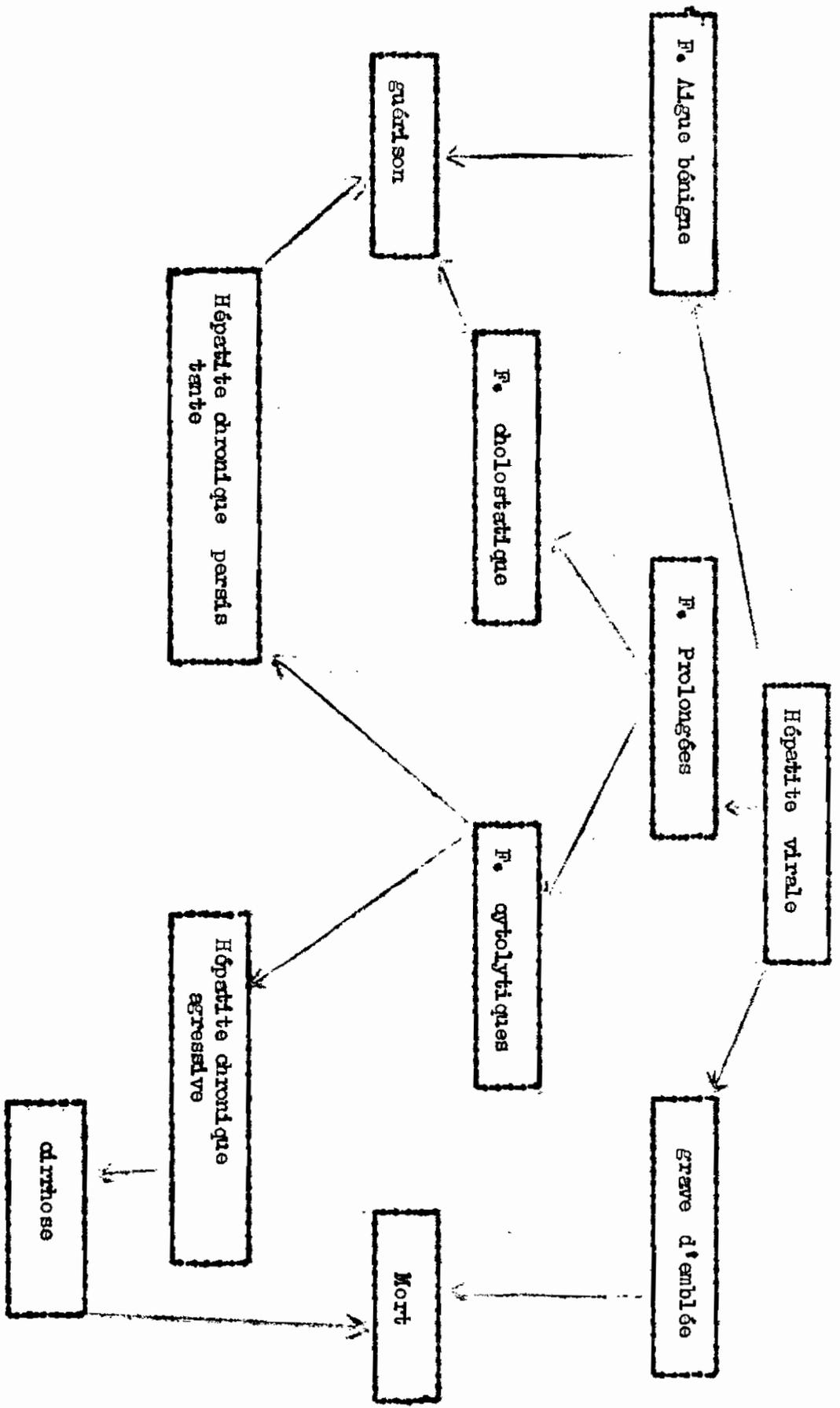
3.- LES HEPATITES PROLONGEES durant plus d'un mois sont de deux types.

3.1. L'hépatite prolongée cholestatique (transaminases quasi normales) évolue vers la guérison. On peut accélérer la guérison par la corticothérapie à faible dose : 0,5 ng. de Cortancyl* par kilo et par jour pendant 15 à 20 jours, puis diminuer progressivement les doses par palier de 1 comprimé tous les 5 jours.

3.2. Les hépatites prolongées cytolytiques (transaminases élevées) dont le pronostic reste réservé.

La ponction biopsique du foie permet de faire la différence entre une hépatite chronique persistante (sans gravité) et une hépatite chronique agressive qui évolue spontanément vers une cirrhose post hépatique. Seule cette dernière nécessite un traitement corticoïde à forte dose (Cortancyl* 1,5 à 2 mg. par kilo de poids et par jour pendant au moins 6 mois).

TABLEAU DE L'EVOLUTION DE L'HEPATITE VIRALE



HEPATOMEGALIE

C'est essentiellement un problème étiologique.

I.- A BAMAKO, EN MEDECINE, LES CAUSES PRINCIPALES DE GROS FOIE SONT PAR ORDRE DE CROISSANCE DECROISSANTE :

Le foie cardiaque, les cirrhoses et les cancers primitifs du foie, l'amibiase hépatique, les hépatites (drépanocytose, leucoses, hématosarcomes) les cancers secondaires. Les cholestases extra hépatiques, la bilharziase hépatique et la tuberculose hépatique sont beaucoup plus rares.

2.- L'EXAMEN CLINIQUE RECHERCHE SURTOUT :

- Un reflux hépato jugulaire (coeur), un souffle hépatique (cancer primitif du foie), des nodules ou des voussures hépatiques (cancer primitif du foie, amibiase).
- Une ascite, une splénomégalie, un ictère, une circulation veineuse collatérale ont une faible valeur d'orientation.
- Un souffle cardiaque, un galop
- Une fièvre (cancer primitif du foie, amibiase).

3.- CERTAINS EXAMENS COMPLEMENTAIRES SONT SYSTEMATIQUES :

- Numération formule sanguine et électrophorèse de l'hémoglobine.
- Alpha foeto protéine et sérologie amibienne.
- Scopie ou graphie pulmonaire et E.C.G.
- Fibroscopie gastrique à la recherche de varices oesophagiennes.

4.- DANS LES CAS DIFFICILES faire après un contrôle de l'hémostase (T.S., T.C., T.P.) une P.B.H. ou une laparoscopie.

HERNIE HIAATALE

I.- EXPLIQUER AU MALADE L'INTERET DES MESURES SUIVANTES :

- Ne pas se coucher immédiatement après les repas
- Utiliser toujours un oreiller
- Maigrir en cas d'obésité
- Eviter les boissons gazeuses
- Attendre avec patience l'accouchement !

2. DONNER DES TRAITEMENTS GASTRIQUES ET DES ANTISECRETOIRES:

Par exemple - Phosphalugel* un sachet après les trois principaux repas.

- Prantal* un comprimé matin et soir ou Vogalène* un comprimé 3 fois par jour.

3.- LA CHIRURGIE EST EXCEPTIONNELLEMENT INDIQUEE en cas d'oesophagite, d'ulcère ou de sténose peptique rebelles au traitement médical.

H I S T O P L A S M O S E A F R I C A I N E

1.- Le miconazole (Dactarin*) à la posologie élevée de 15 comprimés par jour pendant 3 mois est efficace.

- 2.- L'amphotéricine B (Fungyzone*) en cures prolongées (3 mois) est plus efficace que le premier produit précité (cf. candidoses).

H O D J K I N (maladie de)

cf. hématosarcomes

H O Q U E T

Le problème est essentiellement étiologique. Il faut distinguer :

I.- LES HOQUETS SYMPTOMATIQUES LIES A L'EXISTENCE D'UNE PATHOLOGIE QUELCONQUE

I.1. Maladies neurologiques (examen neurologique, E.E.G., radio du crâne, fond d'oeil) :

- tumeur cérébrale (cf. hypertension intra crânienne)
- encéphalites (cf. traitement symptomatique des comas)

- syndrome cérébelleux (cf. équilibre)

I.2. Maladies pulmonaires et cardiaques (matité des bases pulmonaires, tamponade, E.C.G., scopie ou graphie pulmonaire.)

- Pleurésie des bases (cf. pleurésies)

- syndrome médiastinal (adénopathies, tumeurs ...)

- péricardites (cf.)

- infarctus du myocarde à localisation postérieure

(cf. infarctus).

I.3. Maladie de l'appareil digestif (examen de l'abdomen, hépatomégalie, grosse vésicule, fibroscopie):

- Sténose du pylore (traitement chirurgical)
- Cancer du bas oesophage (chirurgie téméraire à Bamako).
- Dilatation gastrique
- Cancers du foie (cf.)

I.4. Intoxications (interrogatoire, azotémie):

- Dans l'alcoolisme et le tabagisme, faire un sevrage brusque dans les deux cas et tenter une cure de désintoxication.
- Urée élevée : cf. insuffisance rénale.

I.5. Intervention chirurgicale

I.6. Dans tous les cas, faire un traitement symptomatique (Vogalène* injectable ou Primpéran* injectable, excitation du pneumogastrique par la compression des yeux) et un traitement étiologique.

2.- LE HOQUET EPIDEMIQUE OU " HOQUET MALADIE " ET LE HOQUET NEVROTIQUE : le traitement est symptomatique (Primpéran* ou Vogalène* I à 4 ampoules I.M. par jour ou bien Largactil* 25 mg. en I.M. à renouveler si besoin.

HYMENOLEPIASE

cf. Ténias

HYPERTENSION ARTERIELLE (H. T. A.)

I.- S'ASSURER DE LA REALITE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE :

- En prenant la T.A. chez un malade allongé, au repos, avec un appareil correctement étalonné (appareil à colonnes de mercure).
- En tenant compte surtout des valeurs de la minima: une élévation isolée de la maxima est banale chez les sujets âgés.
- En interprétant les résultats en fonction de l'âge (la minima doit être inférieure à 10 chez l'adulte et à 8,50 chez l'enfant) ou d'une grossesse éventuelle (au cours de laquelle la minima doit être inférieure à 8).

2.- APPRECIER LA GRAVITE DE L'H.T.A. SUR :

* Les chiffres tensionnels (minima)

* L'étude du retentissement viscéral :

- Coeur (clinique, scopic, E.C.G.)
- Système nerveux central (fond d'ocul)
- Rein (azotémie, protéinurie)

3.- RECHERCHER UNE CAUSE EVENTUELLEMENT CURABLE !

- Coarctation aortique (pouls fémoraux)
- Phéochromocytome (paroxysmes tensionnels, V.M.A. difficile à Banko).
- Adénome de Conn (hypokaliémie, hypokaliurie)
- Intoxication par la réglisse
- Malformations vasculaires rénales (faire une U.I.V. avec des cathés minutés précoces et un lavage au Lasilix*).
- Les néphropathies unilatérales

Les néphropathies les plus courantes ne sont pas curables et l'H.T.A. qu'elles entraînent se traitent comme une H.T.A. essentielle.

4.- LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DES H.T.A. ESSENTIELLES (OU INCURABLES) COMPORTE DEUX VOIETS : la déplétion sodée et les hypotenseurs.

4.1. La déplétion sodée peut être assurée par :

- Le régime sans sel (cf. régimes)
- Les diurétiques (cf. insuffisance cardiaque): par exemple I comprimé tous les deux jours de Lasilix* ou de Dirulix* ou I comprimé d'Aldactazine* par jour.

4.2. Les hypotenseurs disponibles sont nombreux:

- Les réserpiniques (il y a d'innombrables spécialités) sont peu actifs et parfois mal tolérés (troubles neuro-psychiatriques, vasomoteurs, endocriniens; ulcère gastro duodénal).
- Les béta bloquants: sont très actifs, surtout chez les sujets jeunes et bien tolérés à condition d'en respecter les contre indications (asthme, bloc auriculo ventriculaire, asystolie et accousoirement diabète).

Débuter par I/4 de comprimé d'Avlocardyl* ou Visken* 3 fois par jour et augmenter les doses progressivement jusqu'à la correction de l'H.T.A.

- La dihydrazine (Népressal*: comprimés de 25 ng.) se donne à la posologie de I à 4 comprimés par jour. Elle est contre indiquée en cas d'angor, de troubles du rythme et induit parfois des céphalées, des insomnies et un syndrome lupique.

- L'alpha métyl dopa (Aldomet^{*}: comprimés de 250 et 500 ng.) se donne à la posologie de 500 à 1.500 ng. en 2 à 3 prises. Commencer par des doses faibles (450 ng.) et augmenter progressivement les doses (environ 450 ng. par jour) en surveillant la T.A. Elle induit souvent une somnolence, une hypotension orthostatique, une impuissance et exceptionnellement une hépatite et une anémie hémolytique.

- La clonidine (Catapressan^{*}: comprimés de 150 ng.): se donne à la posologie de 3 à 4 comprimés par jour. Elle entraîne parfois une somnolence, une hypotension orthostatique, une impuissance et une hypothyroïdie.

- La guanéthidine (Ismeline^{*}): est pratiquement abandonnée à cause de ses effets secondaires.

5.- LE TRAITEMENT EST ADAPTE A LA GRAVITE DE L'H.T.A.

- H.T.A. bénigne: régime sans sel (cf.) et/ou diurétiques

- H.T.A. modérée: régime sans sel et/ou bêta bloquants

- H.T.A. sévère: régime sans sel et/ou autres hypotenseurs

- Poussées tensionnelles dramatiques: injection de Lasilix^{*} I.V.

(1 à 2 ampoules) et accessoirement un hypotenseur injectable (Diazoxide^{*} I.V. Népressal^{*}, Catapressan^{*}, ou Résépine^{*} par voie I.V.). Ce traitement doit toutefois être prudent chez les sujets âgés.

6.- CHEZ LA FEMME ENCEINTE

- Le repos est essentiel

- La déplétion sodée (régime sans sel:cf. régime; diurétiques: Lasilix^{*}, I/2 comprimé à 1 comprimé par jour si le régime seul ne suffit pas).

- Les seuls hypotenseurs utilisables sont l'Aldomet^{*} et le Népressal^{*}

H Y P E R T E N S I O N P U L M O N A I R E

cf. cœur
pulmonaire
chronique.

H Y P E R T E N S I O N I N T R A C R A N I E N N E
(H.I.C.)

I.- FAIRE :

I.1. Un interrogatoire et un examen neurologique afin d'avoir une idée sur le siège d'une éventuelle tumeur (noria, hémiplégie, troubles psychiatriques, épilepsie focalisée ...).

1.2. Les examens complémentaires suivants:

- Radio du crâne, face et profil (augmentation des scissures, empreintes digitiformes)
 - Fond d'oeil (oedème papillaire bilatéral)
 - E.E.G.
- 2.- PRESCRIRE du Synacthène* 0,5 mg. à 1 mg. en I.M. par jour.
- 3.- EVOQUER LES PRINCIPALES CAUSES
- Tumeurs cérébrales (ménigiomes, gliomes, métastases).
 - Absès du cerveau (syndrome infectieux associé à une H.I.C. et des signes de focalisation après une méningite, une panophtalmie et surtout une mastoïdite).
 - Tuberculomes et kystes hydatiques (traces).
- 4.- EVACUER LE MALADE LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE VERS UN CENTRE SPECIALISE DE NEUROCHIRURGIE (Dakar ou Paris) pour un bilan radiologique et une éventuelle intervention chirurgicale.

H Y P E R T H Y R O I D I E

1.- AFFINER L'HYPERTHYROÏDIE EST LE PLUS SOUVENT FACILE : tachycardie, diarrhée, troubles, sueurs, amaigrissement, raccourcissement du réflexogramme achilléen.

2.- EN PRECISER LA VARIETE SOULÈVE DEU DE PROBLEMES !

- Maladie de Basedow le plus souvent (goître vasculaire, exophtalmie).
- Adénome toxique (nodule thyroïdien sans exophtalmie).

3.- LE TRAITEMENT MEDICAL EST TOUJOURS INDIQUE DANS UN PREMIER TEMPS ; il comporte :

- Les sédatifs mineurs: Valium* 2 mg. 3 fois par jour ou Gardenal* 5 mg 3 fois par jour.
- Les bêta bloquants. On commence toujours par des doses faibles: 1/4 de comprimé 3 fois par jour. La posologie est déterminée par la surveillance de la fréquence cardiaque. Les plus utilisés à Benako semblent être le Visken* et l'Avlocardyl*. Ils sont contre indiqués en cas de bloc auriculo ventriculaire, d'asthme, d'insuffisance cardiaque congestive et accessoirement de diabète.

- Les antithyroïdiens de synthèse: Néonorcazole* (dont la posologie est de 3 à 4 comprimés par jour) ou Basdène* (dont la posologie est située entre 4 et 8 comprimés par jour). Leur effet est lent et est de 2 à 3 mois. Le traitement doit être débuté très prudemment en cas d'exophtalmie (risque d'augmentation), et poursuivi pendant environ 6 à 12 mois. Il faut surveiller périodiquement l'hémogramme des malades.

4.- LA CHIRURGIE DOIT ETRE CORRECTEMENT DISCUTEE :

Elle est facile et sans danger dans l'adénome toxique mais difficile et risquée dans la maladie de Basedow où on ne peut l'envisager qu'après un traitement médical, s'il y a pas d'exophtalmie majeure.

5.- PARMI LES COMPLICATIONS :

- La cardiomyopathie ne modifie pratiquement pas le traitement.
- L'exophtalmie maligne contre indique formellement les antithyroïdiens de synthèse et nécessite la corticothérapie à forte dose (Cortancyl*, 1,5 mg. par kilo et par jour) pendant au moins un mois.

H Y P O G L Y C E M I E

1.- Si le DIAGNOSTIC de coma hypoglycémique est le plus souvent facile (cf. coma chez le diabétique), celui de malaises hypoglycémiques est parfois plus délicat (faim, sueurs, épigastralgies ...). Dans tous les cas, la valeur de la glycémie et du test thérapeutique est capitale.

2.- ON DISTINGUE TROIS GROUPES ETIOLOGIQUES :

2.1. Les hypoglycémies iatrogènes (insuline, sulfamides hypoglycémisants: cf. diabète non compliqué).

2.2. Les hypoglycémies spontanées de jama doivent faire rechercher une tumeur du foie (cancer primitif), du pancréas (adénome) ou même du thorax et du péritoine. Elles nécessitent l'apport massif de sucre en attendant l'intervention éventuelle.

2.3. Les hypoglycémies spontanées post opératoires faisant rechercher une gastrectomie, un pré diabète. Elles peuvent être idiopathiques. Leur traitement nécessite un régime de restriction glucidique de type diabète (cf. diabète non compliqué).

H Y P O T E N S I O N

1.- IL FAUT D'ABORD S'ASSURER DE LA RÉALITÉ DE L'HYPOTENSION en utilisant un appareil correctement étalonné et en rapportant les chiffres trouvés à l'âge et à l'état physiologique (grossesse).

2.- LES HYPOTENSIONS PERMANENTES sont traitées ailleurs (cf. collapsus.).

3.- LES HYPOTENSIONS ORTHOSTATIQUES apparaissent lors du passage de la position couchée à la position debout et peuvent être secondaires ou primitives.

3.1. Les hypotensions secondaires sont dues à :

- De nombreux médicaments: neuroleptiques (Largactil*, Nozinan*), antidépresseurs (Tofranil*, I210), L dopa, tous les hypotenseurs à l'exception des bêta bloquants.

- Des affections neurologiques (myélopathie, maladie de Guillin Barré, syndrome de Parkinson, polynévrite) dont on rapproche les sympatectomies.

- L'insuffisance thyroïdienne, surrénalienne ou hypophysaire (exceptionnel).

3.2. Les hypotensions primitives sont rares. Elles relèvent du port de bas élastiques et de la prescription de Dihydroergotamine* (30 gouttes 3 fois par jour).

H Y P O T H Y R O I D I E (myxoœdème)

1.- AFFIRMER L'HYPOTHYROIDIE EST SOUVENT DIFFICILE : bradycardie, bradypsychie, hypothermie, frilosité, modification de la peau et des phanères (rarefaction des sourcils), épanchement^s péricardique, péritonéal et/ou pleural allongement du réflexog^s ailléen. Le volume de la thyroïde est variable.

2.- AVANT DE DÉMARRER LE TRAITEMENT, RECHERCHER TOUJOURS :

- Une insuffisance coronarienne dont les signes électrocardiographiques peuvent être difficiles à différencier de ceux d'un épanchement néricardique.

- Des signes d'insuffisance anté hypophysaire (hypogonadisme, radio de la selle turcique, fond d'oeil).

3.- SI L'HYPOTHYROIDIE EST ISOLEE (sans angor, ni signes d'atteinte hypophysaire), le traitement substitutif est sans danger :

- Il comporte les extraits thyroïdiens, 5 à 15 cg. per os. Leur posologie est déterminée par la surveillance de la fréquence cardiaque (qui doit revenir aux environs de 70), du poids et de la température (qui doit revenir aux environs de 37°).

- Il doit être poursuivi indéfiniment.

4.- EN CAS :

- D'angor associé à une hypothyroïdie, il est impératif d'administrer des bêta bloquants : Visken*, Avlocardyl* (cf. H.T.A. et hyperthyroïdie) en même temps que le traitement substitutif qui doit être particulièrement prudent.

- D'insuffisance hypophysaire, il est impératif de faire précéder le traitement substitutif par l'administration de cortisone (10 à 20 mg. par jour ou d'hydrocortisone. Les corticoïdes de synthèse (Cortancyl*) sont contre indiqués.

I C T E R E

1.- LES ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

1.1. Anamnèse : recherche une phase préictérique, une crise drépanocytaire, la notion de prise de médicaments hépatotoxiques (cf. drépanocytose et hépatite médicamenteuse).

1.2. Examen clinique : il apprécie l'état général et recherche l'aspect des selles et des urines, un prurit, une fièvre, une anémie, un gros foie, une grosse vésicule, une ascite, une circulation veineuse collatérale.

1.3. Examens paracliniques : bilirubinémie totale et conjuguée, hémogramme avec électrophorèse de l'hémoglobine, transaminases, phosphatases alcalines, T.P., protéides totaux, alpha foeto protéine, antigène HBS. Faire éventuellement une fibroscopie, une laparoscopie, une F.B.H.

2.- LA CONDUITE DU DIAGNOSTIC

- Si parfois le diagnostic est évident (ou le semble) il faut cependant se méfier des premières impressions et adopter une attitude logique.

2.1. S'agit il d'un ictère à bilirubine libre ou conjuguée ?
(voir tableau page 62).

	Bilirubine libre	Bilirubine conjuguée
Ictère	rarement intense	souvent très intense
Urines	foncées (urobiline) Urobilitix* positif	foncées (présence de sels et pigments biliaires) Bililabstix* positif
Bilirubine	libre +++	conjuguée +++ Le plus sou- vent il y a une quantité plus ou moins importante de bilirubine libre
Selles	normales	normales ou décolorées
Anémie	habituelle	possible

2.2. S'il s'agit d'un ictère à bilirubine libre :

2.2.1. Une hémolyse aigue doit être recherchée en premier lieu.

- Hémolyse d'origine corpusculaire (hémoglobinoses SS, SC; déficit en G6PD).
- Hémolyse extra corpusculaire d'origine infectieuse ou parasitaire (paludisme, septicémie à perfringens), toxiques (venin de serpent), auto-immune (test de Coombs).

2.2.2. Une maladie de Gilbert (déficit congénital en glucuronyl transférase) est très probable si toutes les causes sont écartées et qu'en plus le malade a un fer sérique normal. Le traitement repose sur le phénobarbital (Gardenal*).

2.3. S'il s'agit d'un ictère à bilirubine conjuguée

2.3.1. Si le malade a des signes de cholestase franche (selles totalement décolorées, prurit, phosphatases alcalines très élevées, cholestérol très augmenté, T.P. bas et remontant après injection de vitamine K₁), rechercher :

- Un cancer primitif du foie : cause la plus fréquente (gros foie douloureux, soufflant, alpha foeto protéine positif).
- Un obstacle sur la voie biliaire principale (cancer du pancréas, lithase).
- Certaines hépatites cholestatiques (virales ou toxiques).

2.3.2. Si le malade n'a pas de signes francs de cholestase, on recherchera :

- L'hépatite virale (transaminases, antigène HBS)
- Les hépatites infectieuses inhabituelles (pneumonie "aux yeux d'or", salmonelloses, fièvre jaune, leptospiroses).
- Les hépatites toxiques
- La cirrhose (foie dur avec hypertension portale et syndrome d'insuffisance hépatocellulaire).

3.- QUELQUES PIEGES SONT TRÈS FREQUENTS :

- L'hépatite virale cholestatique.
- L'hémoglobinosc SS associée à un gros foie et/ou à une pneumonie et une hépatite.

4.- LE CAS PARTICULIER DE LA FEMME ENCEINTE :

Il faut distinguer trois causes essentielles: l'hépatite banale, la cholestase récidivante bénigne, la stéatose aiguë de la femme en grossesse (cy-clines).

5.- LES ICTÈRES DES OPERES RECIENS sont au nombre de quatre :

- L'ictère aux anesthésiques généraux (ictère au **Fuothane***).
- Ictère dû à la résorption sanguine.
- L'ictère dû aux cytomégalovirus.
- L'hépatite transfusionnelle.

6.- TRAITEMENT :

- Ictère par hémolyse aiguë (cf. anémie).
- Ictère par cholestase extra hépatique : le traitement médical est purement symptomatique (Questran*, 3 sachets par jour contre le prurit).
- Arrêt du médicament hépatotoxique dans l'hépatite médicamenteuse.
- Ictère par cholestase chirurgicale
- Chez la femme enceinte : repos en cas d'hépatite pour éviter le risque d'avortement,

I M P U I S S A N C E

1.- SAVOIR QUE LE DIAGNOSTIC EST DIFFICILE (le malade ne se décide à dire son impuissance qu'après trois ou quatre consultations).

2.- FAIRE LA DIFFERENCE ENTRE UNE IMPUISSANCE ET UNE DIMINUTION DE L'ACTIVITE SEXUELLE CHEZ LE SUJET AGE .

3.- SEULEMENT 10 % DES IMPUISSANCES ONT UNE ETIOLOGIE ORGANIQUE.

ce sont :

- Certains médicaments ou excitants (neuroleptiques, ganglioplégiques, opiacés, hormones oestrogènes, abus de l'alcool et du tabac) : arrêter le médicament ou le toxique.
- Les maladies neurologiques graves (hémiplegie, paraplégie; cf.).
- Le priapisme lié à une maladie vasculaire
- Le diabète (cf.)
- Les maladies générales (cirrhose et toute maladie cachectisante), faire un traitement spécifique.

4.- 25 % DES IMPUISSANCES SONT PSYCHOLOGIQUES:

- Donner des tranquillisants mineurs (Valium* 2 mg. 3 fois par jour ou Tranxène* 2 comprimés par jour) et des placebos (vitamines).
- Eviter les hormones
- Psychothérapie (le rôle de la partenaire est très important).

INCOMPATIBILITES MEDICAMENTEUSES

La liste dans le tableau ci-dessus se limite aux médicaments d'usage courant à Bamako. Pour chaque médicament, sont indiqués en face les médicaments dont l'association est potentiellement dangereuse en soulignant les associations à éviter formellement.

Médicaments classés par ordre alphabétique du nom commun	Médicaments incompatibles
amphétamines (Pilules dorées du Ghana, Maxiton*)	<u>guanéthidine, IMAO</u>
amphotéricine B (Fungyzone*) I.V.	<u>digitaliques</u>
antidépresseurs tricycliques (Tofranil*)	alcool, anticonvulsivants, <u>guanéthidine IMAO, péthidine, réserpine.</u>
antithyroïdiens de synthèse (Basédène*)	antivitamine K
antivitamines K	cf. anticoagulants
aspirine	antivitamines K
barbituriques (Gardenal*)	antivitamines K
béta bloquants (Visken*, Avlocardyl*)	anti diabétiques, <u>guanéthidine, IMAO</u> <u>métyl dopa, quinidine, réserpine.</u>

béta stimulants (Isuprel*)	<u>digitaliques</u>
biguanide (Glucophage*)	alcool, chloramphénicol, guanéthidine, IMAO, béta bloquants, phénylbutazone
calcium I.V.	<u>digitaliques</u>
carbamazépine (Tégradol*)	<u>IMAO</u>
céphalosporines	colistine, antivitamines K
chloramphénicol (Tifonycline*)	anti diabétiques, antivitamines K, pénicilline, phénitoïne (Dihidan*),
clofibrate (Lipaglon*)	antivitamines K, sulfamides hypoglycémiants
colistine (Colimicino*)	céphalosporines
digitaliques	calcium I.V., amphotéricine B en I.V., éphédrine, isoprénaline.
disulfurane (Antabus*)	antivitamines K, isoniazide, métronidazole, phénitoïnes
diurétiques	attention à la kaliémie chez les malades digitalés
éphédrine	<u>digitaliques</u> , <u>IMAO</u>
étacrinique (acide) (Edecrine*)	antivitamines K, <u>aminosides</u> , attention à la kaliémie lorsque le malade est sous digitalique, gentamycine
furosémide (Lasilix*)	attention à la kaliémie chez les malades digitalés
gentamycine (Gentalline*)	acide étacrinique
griséofulvine (Griséofuline*)	antivitamines K
guanéthidine (Ismolino*)	amphétamines, alcool, anti diabétiques, <u>antidépresseurs</u> , neuroleptiques, procainamide, quinidine, béta bloquants.
hormones thyroïdiennes	antivitamines K
indométazine (Indocid.*)	antivitamines K
insuline	alcool, chloramphénicol, guanéthidine, IMAO, béta bloquants
IMAO	éviter toute association en raison du nombre de selles qui sont très dangereuses

isoniazide (Rimifon [*] , IIM)	disulfurane, péthidine, phénitoïne
kanamycine	antivitaminés K, <u>acide étacrinique</u>
levo dopa (Modopa [*] , Larodopa [*])	<u>IMAO, méthyl dopa, réserpine, vitamine B6</u>
levomopromazine (Nozinan [*])	tous les hypotenseurs, <u>IMAO</u>
métronidazole (Flagyl [*])	alcool, disulfurane
nalidixique (acide): (Negren [*])	antivitaminés K, nitrofurantofine
néomycine	antivitaminés K, acide étacrinique pénicilline orale
nitrofurantofine (Furadofine [*])	acide nalidixique
oxyphenbutazone (Tanderil [*])	antivitaminés K
paracétamol	antivitaminés K
pénicilline	cyclines, chloramphénicol, néomycine par voie générale
péthidine (Dolosal [*])	<u>IMAO, IIM, antidépresseurs</u>
phénobarbétal (Gardonal [*])	antivitaminés K, phénitoïnes
phényl butazone (Butazolidine [*])	antivitaminés K, biguanides, sulfamides hypoglycémisants
phénitoïne (Dihydan [*])	antivitaminés K, chloramphénicol, disulfurane, INH, phénobarbétal
procaïnaride I.V. ou I.M. (Pronestyl [*])	guanéthidine
quinidine	antivitaminés K, guanéthidine, bêta bloquants
réserpine	antidépresseurs, <u>IMAO, L dopa</u> , bêta bloquants
salicilés	antivitaminés K, hypoglycémisants
stéroïdes	antiinflammatoires et anabolisants, antivitaminés K
streptomycine	acide étacrinique
sulfamides hypoglycémisants	alcool, chlofibrate, chloramphénicol, guanéthidine, <u>IMAO</u> , phényl butazone, salicilés, bêta bloquants, antivitaminés K.
tétracycline	antivitaminés K, pénicilline
vitamine B6	levo dopa

I N F A R C T U S D U M Y O C A R D E

I.- LA CERTITUDE DIAGNOSTIQUE EST ELECTROCARDIOGRAPHIQUE :

I.1. La topographie des anomalies électriques permet de définir :

- L'infarctus postérieur : anomalies en D₃ - aVF (coronaire droite)
- L'infarctus antéro-sental : anomalies en V₁, V₂, V₃ (arête inter ventriculaire antérieure).
- L'infarctus latéral : anomalies en V₅, V₆, D₁, aVL.

I.2. L'aspect des anomalies électriques permet de préciser l'ancienneté de l'infarctus :

- Le courant de lésion (sus décalage de ST) apparaît dès les premières heures et disparaît normalement en une quinzaine de jours.
- L'ischémie (ondes T inversées, pointues et symétriques) apparaît entre la 12^{ème} et la 24^{ème} heure et disparaît au bout de quelques mois.
- L'onde Q de nécrose apparaît vers le 2^{ème} jour et ne disparaît jamais

2.- CERTAINES MESURES S'IMPOSENT DANS TOUS LES INFARCTUS RECENTS:

- Repos absolu au lit pendant au moins 15 jours.
- Surveiller étroitement la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la diurèse.
- Faire si possible des E.C.G. répétés ou mieux encore mettre le malade sous un moniteur.
- Administrer des antalgiques à la demande (Dolosal* en l'absence de colapsus) et des vasodilatateurs coronariens (Intencain*, 4 à 8 ampoules en perfusion dans un flacon de serum glucosé isotonique.)

3.- LE TRAITEMENT ANTICOAGULANT s'indique dans les infarctus récent à condition qu'il n'existe pas de péricardite et qu'il soit possible de surveiller l'hémostase. On utilise la Calciparine* puis les antivitaminés K (cf. anticoagulants).

4.- LES COMPLICATIONS DE LA PERIODE AIGUE IMPOSENT DES MESURES PARTICULIERES:

4.1. Les troubles du rythme (surtout à type d'hyperexcitabilité ventriculaire) sont dans une large mesure prévus par la perfusion lente, dans un serum glucosé isotonique de 0,30 g. de Rylocaïne* par 24 heure pendant les 5 à 10 premiers jours. Leur traitement curatif est indiqué ailleurs (cf. rythme)

4.2. Les troubles de la conduction: (Adam Stokes :cf.bloc auriculo ventriculaire) relèvent de l'Isuprel* et de la corticothérapie (Cortancyl* 0,5 à 1 mg. par kilo et par jour).

4.3. Les épanchements péricardiques sont de deux types :

- L'hémopéricarde précède gravissime.
- Le syndrome post infarctus de Dressler qui relève de la corticothérapie (0,5 à 1 mg. par kilo et par jour pendant 1 mois, puis les posologies sont très prudemment regressives par paliers de 1 comprimé tous les 5 jours.

4.4. Les collapsus sont redoutables sauf lorsqu'ils sont dûs à des troubles du rythme ou de la conduction curables. Il en va de même des insuffisances cardiaques aiguës.

4.5. Les accidents thrombo-emboliques sont en principe évités par le traitement anticoagulant.

5.- PASSEZ LA PHASE AIGUE, IL FAUT :

- Surveiller la reprise des activités physiques.
- Envisager l'arrêt du traitement anticoagulant vers le 3ème mois.
- Traiter un éventuel angor résiduel par le Pérétrate*, 2 comprimés ou l'Intensain* 3 comprimés par jour.
- Traiter une insuffisance cardiaque tardive par le traitement digitalo-diurétique (cf.insuffisance cardiaque).
- Exceptionnellement discuter la cure chirurgicale d'un anévrisme pariétal (sus décalage persistant de ST). Dans ce cas évacuer le malade vers un centre spécialisé.
- Traiter éventuellement un diabète, une hyperlipémie, une obésité.
- Interdire le tabac.

INSUFFISANCE AORTIQUE

cf.valvulopathies

INSUFFISANCE CARDIAQUE
(diagnostic → étiol)

	Signes	Insuffisance cardiaque droite	Insuffisance cardiaque gauche	Insuffisance cardiaque globale
C L I N I Q U E	a) <u>Cardiaques</u>			
	-turgescence des jugulaires	+++	0	+++
	-Oedèmes des membres inférieurs	++	0	+++
	-Foie cardiaque	+++	0	+++
	-Réflux hépato-jugulaire	++	0	+++
	-Choc étalé	?	+++	+++
	-Tachycardie	+++	+++	+++
	-Galop	++ (droit)	++ (gauche)	+++
	-Eclat de B ₂	+++	0	+
	-Signe de Harzer	+++	0	+
	-Signe de Carvalho	+	0	+
	b) <u>Pulmonaires</u>			
	-Dyspnée	Permanente	paroxystique ou permanente.	+++
	-Cyanose	+	0	++
	-Hémoptysie	+	++	+++
-Epanchement séreux	0	++	+++	
-Râles crépitants	++	+++	+++	
EXAMENS COMPLEMENTAIRES	-E.C.G.	H.V.D. avec bloc de branche droit	H.V.G. avec bloc de branche gauche	H.B.V.
	-Scopie	Cardiomégalie (coeur en sabot)	Cardiomégalie peu battante	Cardiomégalie.
	-Pression veineuse	très élevée	normale	élevée
ETIOLOGIES		a) <u>Maladies pulmonaires chroniques</u> * tuberculose * bronchoectasie * asthme. b) Fibrose endomyocardique ou endocardique c) R.I. d) embolie pulmonaire	a) I.A. b) R.A. c) I.M. d) H.T.A. e) Maladies du myocarde * Fibrose * Infarctus	Toutes les causes d'insuffisance cardiaque gauche

INSUFFISANCE CARDIAQUE
(traitement)

I.- LES MOYENS THERAPEUTIQUES

I.1. Le régime sans sel est indispensable dans tous les cas (cf. régime).

I.2. Les tonicardiaques sont presque toujours indiqués

I.2.1. Il existe trois variétés de tonicardiaque :

- Les tonicardiaques d'action ultra rapide (Ouabaine: il s'administre uniquement par voie I.V. et n'a guère plus d'intérêt).

- Les tonicardiaques d'action rapide : Cédilanide* qui se donne par voie I.V. (ampoules de 0,40 ng.) et par voie orale (gouttes dosées à 1 mg. pour 30 gouttes vendues avec une seringue dont il faut bien expliquer le maniement au malade).

- Les tonicardiaques d'action lente (Digitaline native*, existe sous la forme de comprimés à 0,1 ng., de soluté à 1/1000 (5 gouttes = 0,1 ng.) et d'ampoules à 0,2 ng.

I.2.2. En pratique, on utilise les digitaliques de la manière suivante :

- En urgence : Cédilanide* I.V., 2 à 3 ampoules par 24 heures.

- En traitement d'attaque, on utilise la Digitaline* à la posologie de 10 à 20 gouttes (soit 2 à 4 comprimés) jusqu'à la réduction de la tachycardie sans jamais dépasser 5 jours. La Cédilanide* peut être également utilisé à la posologie de 60 gouttes par jour.

- En traitement d'entretien, la dose est strictement individuelle de l'ordre de 20 à 40 gouttes par jour de Cédilanide* ou de 8 à 10 gouttes (soit environ 2 comprimés) tous les deux jours de Digitaline*.

Dans tous les cas, le traitement doit être étroitement surveillé pour tenir une posologie suffisante (fréquence cardiaque entre 60 et 70), sans signe d'intoxication (troubles digestifs, tachycardie ou bradycardie, extrasystole). L'E.C.G. est utile pour dépister les premiers signes d'intoxication (allongement de P.R., extrasystoles bigémées ou polymorphes) à ne pas confondre avec les signes d'imprégnation (œdème).

Les incompatibilités médicamenteuses et les intoxications massives sont évoquées ailleurs (cf. intoxications et incompatibilités médicamenteuses).

1.3. Les diurétiques

Dans le vaste arsenal des diurétiques, on utilise surtout la furosémide (Lasilix^{*}: ampoules de 20g. et comprimés de 40g.), et les diurétiques thiazidiques (Dirulix^{*}, Esidrex^{*}...). Les spirinolactones pures (Idactone^{*}) sont peu utilisés chez les cardiaques alors que l'association thiazidique-amiloride (Modiurétic^{*}) est d'usage courant.

Tous les diurétiques impliquent une surveillance étroite des malades pour éviter les accidents de surdosage : déshydratation, hypokaliémie en cas d'utilisation de la furosémide et des thiazidiques, particulièrement mal tolérée chez les cardiaques, hyperkaliémie parfois, si on utilise l'Idactone^{*} et le Modiurétic^{*}. Chez les goutteux, la tolérance du furosémide des thiazidiques est médiocre.

En pratique on utilise le Lasilix^{*} I.V. ou à la rigueur I.M. dans les urgences (O.A.P.). Dans les autres cas, on utilise le diurétique disponible en surveillant le poids du malade et en guettant sur l'E.C.G. l'apparition de signes d'hypokaliémie ou d'hyperkaliémie.

1.4. Les autres médicaments sont d'usage restreint :

- Potassium (Kaléorid[®]) en association au furosémide et aux thiazidiques.
- Anticoagulants (cf.)
- Antiarythmiques et bêta bloquants.

2.- LES INDICATIONS THERAPEUTIQUES SONT DIFFICILES A SYSTEMATISER

2.1. La déplétion sodée est toujours indiquée

On l'obtient selon les cas par le régime sans sel seul ou par le régime associé aux diurétiques.

2.2. Les tonicardiaques

Ils sont indiqués dans la majorité des cas, mais sont peu actifs dans le cœur pulmonaire chronique (pour les risques de surdosage), totalement inefficaces dans les cardiopathies à débit élevé (anémie, hyperthyroïdie, béri béri), dangereux enfin chez les mitraux en arythmie, non anticoagulé (risque d'embolie)

2.3. Le traitement anticoagulant préventif est utile chez les cardiaques alités. Il est indispensable chez les mitraux en arythmie ainsi que chez les porteurs d'une cardiomyopathie suspecte de thrombose intra cardiaque.

2.4. Le traitement étiologique et celui des complications est évoqué ailleurs : cf. coeur pulmonaire chronique, embolie pulmonaire, valvulopathies, H.T.A., péricardites, troubles du rythme, cardiomyopathie, infarctus du myocarde, bloc auriculo ventriculaire.

I N S U F F I S A N C E M I T R A L E

cf. valvulopathies

I N S U F F I S A N C E R E N A L E A I G U E

Les insuffisances rénales aiguës anuriques sont faciles à différencier des rétentions aiguës d'urine (sonde vésicale). Les insuffisances rénales aiguës à diurèse conservée sont par contre difficilement diagnostiquées en l'absence de dosage de l'azotémie.

1.- L'ANAMNESE permet habituellement de distinguer facilement les insuffisances rénales aiguës et les insuffisances rénales chroniques.

2.- LA DIFFERENCE ENTRE INSUFFISANCE RENALE FONCTIONNELLE ET INSUFFISANCE RENALE ORGANIQUE EST CAPITALE.

2.1. Les insuffisances rénales fonctionnelles: dues à une chute de la perfusion rénale, elles comportent toujours une oligurie, une urée urinaire très élevée et habituellement une déshydratation et/ou un collapsus.

2.2. Les insuffisances rénales organiques: La diurèse est variable et l'urée urinaire basse.

3.- DANS LES INSUFFISANCES RENALES FONCTIONNELLES, l'essentiel est de corriger d'urgence la déshydratation ou le collapsus (perfusion abondante transfusion) et d'en rechercher la cause.

4.- DANS LES INSUFFISANCES RENALES AIGUES ORGANIQUES, il faut discuter les causes urologiques et médicales.

4.1. Insuffisances rénales aiguës organiques urologiques.

Elles sont toujours anuriques. Les antécédants urologiques (colique néphrétique), l'abdomen sans préparation (calculs, gros rein), les tumeurs pelviens (tumeur) permettent souvent d'évoquer le diagnostic. Le diagnostic de certitude et le traitement sont urologiques (montée d'une sonde uréthérale pyélostomie).

4.2. Les insuffisances rénales aiguës organiques médicales: la diurèse est basse ou conservée.

* Ce sont :

- Les néphrites tubulo interstitielles, habituellement réversible et dues à une hémolyse aiguë (déficit en G6PD, erreur transfusionnelle, hémolyses auto-immunes, septicémios à perfringens post avortum), des septicémies diverses (surtout à gram négatif), des intoxications aiguës par divers médicaments (Colimicine*, Céporine*, Pindione*) ou des produits industriels (mercure tétrachlorure de carbone), des myolyses toxiques (phénotiazines) ou exceptionnellement traumatiques.

- Les néphrites aiguës oligo-anuriques qui sont redoutables de même que les nécroses corticales.

* Leur traitement comporte :

- Le maintien d'une hydratation normale (apport adapté à la diurèse)
- Les transfusions en cas d'hémolyse.
- Les antibiotiques non néphrotoxiques en cas d'infection (pénicilline, ampicilline).

- La suppression du toxique éventuel.

- Dans certaines néphrites tubulo interstitielles à diurèse basse le Lasilix* à forte dose (100 à 200 mg.) accélère la guérison. Ce traitement suppose d'être à même de perfuser le malade pour éviter une déshydratation lors de la reprise de la diurèse.

I N S U F F I S A N C E R E N A L E C H R O N I Q U E

1.- ELLES SONT POUR LA PLUPART D'ORIGINE GLOMERULAIRE (protéinurie antécédant d'œdèmes, H.T.A.) PLUS RAREMENT D'ORIGINE INTERSTITIELLE (pyurie affections urologiques négligées).

2.- CERTAINES MESURES S'IMPOSENT DANS TOUS LES CAS :

- Le régime hypoprotidique (cf. régimes)

- Le maintien d'une hydratation suffisante en faisant attention aux diurétiques et au régime désodé qui ne se justifient qu'en cas d'H.T.A. et d'œdèmes.

- La correction de l'hypocalcémie par la vitamine D (Stérogyl*, 10 gouttes par jour).

- La correction de l'anémie par les transfusions.

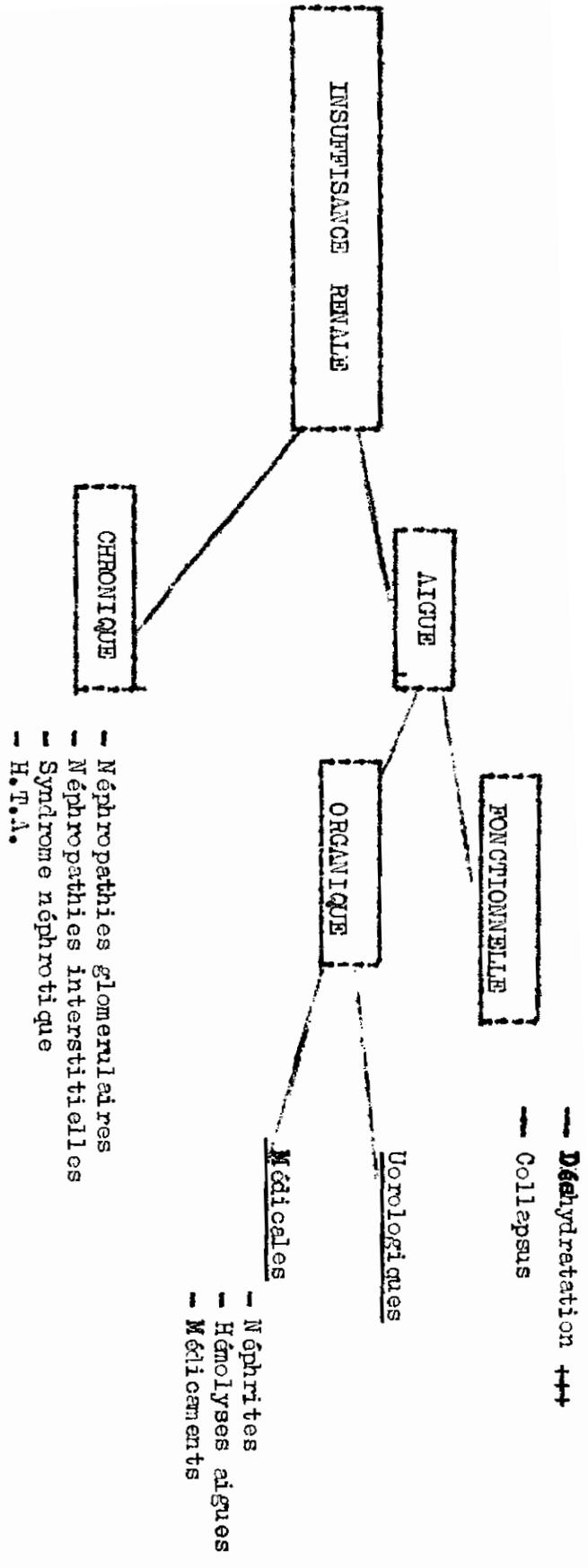
- La correction de l'H.T.A. (cf. H.T.A.).

- L'interdiction des médicaments néphrotoxiques.

3.- DANS LES NEPHRITES INTERSTITIELLES CHRONIQUES, l'antibiothérapie prolongée (non néphrotoxique), l'acidification des urines, et la chirurgie (téméraire au Mali) permettent des survies très prolongées.

INSUFFISANCES RENALES
(classification)

cf. tableau ci après



INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

I.- DEUX PROBLEMES DIAGNOSTIQUES SONT PARVOIS DIFFICILES:

- Différencier les insuffisances respiratoires aiguës et les insuffisances respiratoires chroniques en poussée aiguë (valeur des antécédants, du mode d'installation, de la dyspnée, de l'hippocratisme digital ou du cœur pulmonaire chronique).

- Différencier les insuffisances respiratoires des manifestations respiratoires de l'I.V.G. et du R.I.

2.- IL FAUT :

2.1. Rassembler les éléments du diagnostic : fréquence respiratoire, cyanose, sueur, agitation ou coma, troubles cardio vasculaires (tachycardie, H.T.A., galop droit, cœur pulmonaire aigu voire collapsus).

2.2. Préciser d'urgence l'étiologie : ce sont les pneumopathies aiguës, les bronchopneumonopathies aiguës, l'état de mal asthmatique, les pleurésies abondantes, les pneumothorax suffoquants sans oublier les obstructions bronchiques ou laryngées. Il faut toujours se méfier d'une poussée aiguë sur insuffisance respiratoire chronique.

2.3. Entreprandre un traitement d'urgence:

- Assurer la liberté des voies respiratoires (canule de Mayo, intubation trachéale, aspiration pharyngée et/ou bronchique et en laissant toujours le malade à plat ou les pieds surélevés).

- Oxygéner le malade (largement 6 l. par minute en cas d'insuffisance respiratoire aiguë sur poumon sain et prudemment, bulle à bulle en cas d'insuffisance respiratoire aiguë sur poumon lésé).

- Ventiler éventuellement le malade à l'aide d'un ambu.

- Faire systématiquement une antibiothérapie à large spectre.

- Ne jamais donner de sédatif même en cas d'agitation.

- Donner de la Théophylline* I.V. et des corticoïdes par voie I.V. (cf. état de mal asthmatique). s'il existe un facteur bronchique.

- Drainer les pleurésies et les pneumothorax éventuels.

- Faire un traitement digitalo diurétique en cas de cœur pulmonaire aiguë. (cf.).

3.- EN CAS D'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE :

- Tenter de préciser son origine (bronchite chronique, asthme, emphysème tuberculose, dilatation des bronches, séquelles pleurales).
- Apprécier son retentissement (fréquence respiratoire, possibilité d'effort, signe de l'allumette, cyanose, signes d'hypercapnie, signes de coeur pulmonaire chronique).
- Tenter de traiter l'insuffisance respiratoire en agissant sur :
 - . le facteur bronchique : Théophylline* et corticothérapie (Cortancyl* 10 à 15 mg. per os).
 - . le facteur infectieux : antibiotiques à large spectre en cure prolongée et répétée. Donner éventuellement des antituberculeux.
 - . le facteur cardiaque (cf. coeur pulmonaire chronique).
 - . le facteur encombrement (cure de drainage de posture, rééducation de la toux).
 - . le facteur médicamenteux (interdiction des sédatifs).

INSUFFISANCE THYROIDIENNE

cf. Hypo-
thyroïdie

INSUFFISANCE TRICUSPIDIENNE

cf. valvulo-
pathie

INTOXICATIONS AIGUES

Le traitement des intoxications aiguës repose sur deux objectifs :

- Evacuer et/ou neutraliser le toxique.
- Rétablir ou maintenir les fonctions vitales.

L'identification du toxique en cause est utile pour guider la thérapeutique, mais elle est souvent très difficile (médicaments dont l'enveloppe n'est pas retrouvée, produits industriels ou ménagers de composition inconnue).

I.- EVACUER ET/OU NEUTRALISER LE TOXIQUE

I.1. L'évacuation du toxique ingéré se fait par l'ingestion d'un émétique (apomorphine ou ipéca) ou par le lavage gastrique à l'eau salée (4 g par litre) poursuivi jusqu'à ce que le liquide devienne clair. Ces méthodes sont formellement contre indiquées chez le sujet comateux et en cas d'intoxication par le pétrole ou les produits caustiques.

I.2. En cas d'intoxication par inhalation, l'essentiel est de soustraire rapidement le malade de l'atmosphère toxique et en cas de contamination tégumentaire (organo-phosphorés, caustiques) il faut laver abondamment le malade.

I.3. Les antidotes vrais sont rares et manquent pour la plupart à Bamako :

- En cas d'intoxication par les opiacés faire de l'apomorphine (1/2 ampoule en I.V. lente).
- En cas d'intoxication organo-phosphorés, donner 2 mg. de sulfate d'atropine en I.V. toutes les 10 minutes jusqu'à la disparition des signes cholinergiques.
- Le BAL est indiqué dans les intoxications par le mercure, l'arsenic, le baure.
- Le tétracénate disodique (3 g. dans 500 ml. de serum glucosé isotonique) s'indique dans les intoxications massives par la digitaline.
- Le Sulfate de protéine* et le P.P.S.B. en cas d'intoxication par les anticoagulants.

I.4. La diurèse osmotique accélère l'élimination rénale de certains toxiques :

Pour les barbituriques, on perfuse des solutés alcalins (bicarbonates) et pour les autres toxiques, des solutés neutres (Manitol*, glucosé) en quantité abondante.

2.- LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE CONSTITUE EN FAIT L'ESSENTIEL DU TRAITEMENT :

Les complications à éviter chez les intoxiqués sont cardiovasculaires pulmonaires, neurologiques et hémorragiques.

2.1. Complications cardiovasculaires:

- En cas d'arrêt cardiaque : massage cardiaque externe, perfusions alcalines, ventilation.
- En cas de collapsus : mieux vaut remplir le malade de macromolécules ou de sang. Injecter des vasopresseurs est parfois très dangereux (cas de l'intoxication par les IMAO et les organo chlorés).
- En cas de troubles du rythme ou de bloc auriculo ventriculaire (cf.) :

Dans les intoxications par la digitaline, les quinidiques et les antipaludiques, la succession possible de troubles du rythme et de la conduction rend particulièrement difficile le traitement et souligne l'importance d'une surveillance électrocardiographique rigoureuse.

2.2. Complications respiratoires (cf. insuffisance respiratoire aigue).

2.3. Complications neurologiques :

- Coma (cf.)
- convulsions: perfusion de Valium* 10 mg. I.V. pouvant aller jusqu'à 10 ampoules par 24 heure en évitant de trop déprimer les centres respiratoires.
- Agitation : injection de neuroleptiques (Haldol* 1 ampoule) et de tranquillisants (Valium* 1 ampoule).

2.4. Les complications hémorragiques sont traitées par la transfusion et éventuellement les antidotes (cf. anticoagulants).

L A M B L I A S E

On peut prescrire l'un ou l'autre de ces médicaments :

- Le métronidazole (Flagyl*) 3 comprimés à 0,25 g. par jour pendant 5 jours.
- La Fasigyne* 500 mg., 2 comprimés par jour pendant 4 jours.

L A X A T I F S

cf. constipation.

L E P T O S P I R O S E S

Son traitement comporte :

I.- LES ANTIBIOTIQUES :

- La pénicilline G : 5 à 10 millions par jour pendant 10 jours.
- Les cyclines (Tétracycline* ou Terramycine*, 2 g. par jour pendant 10 jours) sont les plus indiqués.

2.- LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DES COMPLICATIONS: insuffisances rénale, cardiaque ou hépatique (cf.)

- Transfuser le malade dans les formes hémorragiques (cf. transfusion).

L E U C O S E S

I.- LEUCOSE AIGUE.

Les leucémies aiguës de l'adulte à Banako ne sont pas curables. On peut éventuellement essayer de donner du sang, des corticoïdes (Cortancyl* 1 mg. par kilo et par jour) et de l'Oncovin* (2 mg. par semaine dans la tubulure d'un serum glucosé isotonique).

2.- LEUCEMIE MYELOIDE CHRONIQUE

Son diagnostic est facile (splénomégalie énorme, myélorie sanguine)

Le Misulban* se donne à la posologie de 3 à 5 comprimés par jour en traitement d'attaque puis de 1 à 2 comprimés par jour en traitement d'entretien (lorsque le taux de leucocytes est descendu au-dessous de 15.000).

Pour éviter la goutte et la lithiase urique, il faut associer systématiquement au début du traitement Zyloric* (2 comprimés par jour et Colchicine* 1 comprimé par jour).

Afin d'éviter l'aplasie médullaire grave, il est indispensable de surveiller l'hémogramme au moins une fois par semaine (en se rappelant que le Misulban* agit avec 15 jours de retard).

L'aménorrhée et la mélanodermie sont quasi constants.

En cas d'hyperleucocytose, donner de l'aspirine; en cas de thrombose, donner des anticoagulants et en cas de transformation aigue, cf. leucose aigue.

3.- LA LEUCOSE LYMPHOIDE CHRONIQUE

Son diagnostic est généralement facile : lymphocytose massive.

Seules les formes prolifératives (lymphocyte supérieur à 50.000, adénopathies nontrueuses) doivent être traitées. Prescrire du chloraminophène, 2 à 4 comprimés par jour avec une surveillance étroite de l'hémogramme (réduire les doses ou arrêter le traitement dès que le taux de leucocyte est inférieur à 10.000.).

En cas d'insuffisance médullaire (anémie, neutropénie, thrombopénie), ne pas donner du chloraminophène, mais faire des corticoïdes (Cortancyl* 1,5 à 2 mg. par kilo et par jour).

4.- DANS TOUS LES CAS, penser aux infections bactériennes, à la tuberculose, aux parasitoses (anguillulose, toxoplasme) et aux mycoses (candidoses), à traiter énergiquement.

M A L A B S O R P T I O N

cf. diarrhée

H O E M O R R H A G I E S

cf. hémorragies digestives.

M E N I N G I T E S

I.- MENINGITES PURULENTES

- Le diagnostic des formes comateuses ou hémiparétiques est parfois difficile (valeur de la P.L.).

- Il est utile de chercher à apprécier le germe en cause à la clinique et surtout à l'examen du culot de centrifugation (méningocoques = diplocoques gram négatif intra cellulaire, pneumocoques = diplocoques encapsulés, gram positif).

- Injecter en intra rachidien 0,3 mg. par kilo de gentalline dès la vue du liquide trouble.

- Instituer une antibiothérapie générale pendant 15 jours :

Donner de l'ampicilline (Totapen* I à 2 g.) toutes les 4 heures dans la tubulure d'une perfusion. Il peut être remplacé par le chloramphénicol (Tifomycine* 3 g. par jour per os; Solnicol*, 3 g. par jour par voie I.M. ou I.V.) ou la pénicilline G 20 à 30 millions dans la tubulure d'une perfusion répartis en 6 injections dans la journée.

- Le traitement symptomatique est celui d'un coma éventuel (cf. coma).

- Dans le cas particulier des épidémies de méningites à méningocoques, faire le traitement minute par la sulfadoxine (Fanasil*), 2 ampoules ou mieux la Tifomycine* huileuse (3 g. en deux injections de 3 ampoules chacune).

Envisager la vaccination plus que la chimioprophylaxie.

2.- LES MENINGITES A LIQUIDE CLAIR

2.1. La plupart d'entre elles sont d'origine virale ne nécessitant aucun traitement.

2.2. Il faut tout de même se méfier :

- Des méningites bactériennes décapitées.
- Des leptospiroses ou d'une lysteriose.
- D'une méningite tuberculeuse surtout (liquide très riche en lymphocytes : 95 % et en albumine, très pauvre en sucre, associé à des signes neurologiques).

- Instituer un traitement antituberculeux au moindre doute (cf. tuberculos

M I G R A I N E S

1.- DIFFERENCIER LES MIGRAINES ESSENTIELLES DES MIGRAINES SYMPTOMATIQUES (Examens neurologiques, stomatologie, O.R.L., ophtalmologique).

2.- TRAITER LES CRISES par le Gynergène* (2 à 4 dragées ou une ampoule par jour), contre indiqué chez la femme enceinte, les vasculaires et les hypertendus. On peut également prescrire la Dihydroergotamine I ampoule I.M. ou S/C.

3.- ENTRE LES CRISES prescrire l'un des produits suivants :

- Dihydroergotamine* ou Hydergine* XX gouttes 3 fois par jour.
- Migristène* 2 à 4 comprimés par jour.
- Neurosédatifs.

M O R S U R E S

1.- MORSURES DE CHIEN OU D'ANIMAUX SUSCEPTIBLES D'ETRE ENRAGES

(chat, bovidés, équidés, divers carnassiers sauvages, âne).

* Ne pas abattre l'animal pour le surveiller (un animal enragé meurt toujours en moins de 5 jours) ou expédier la carcasse au laboratoire central vétérinaire à la recherche de corpuscules de Négris ou de virus rabiques.

* Désinfecter toujours la plaie soigneusement.

* Injecter du serum antirabique (40 U.I. par kg.) selon la technique de Besredka si le malade est vu dans les trois premiers jours qui suivent la morsure.

* Démarrer aussitôt la vaccination antirabique, quitte à l'interrompre si le laboratoire déclare l'animal indemne.

- Vaccin Pasteur : 2 ml. par voie S/C. pendant 7 jours consécutifs, puis 0,25 ml. par voie intra dermique aux 10^{ème}, 14^{ème}, 24^{ème}, 30^{ème} et 90^{ème} jour.

- Vaccin Mérieux : 1 ml. par voie sous cutanée profonde ou I.M. aux 1^{er}, 4^{ème}, 8^{ème}, 14^{ème}, 24^{ème}, 34^{ème} et 90^{ème} jour.

* Il ne faut pas oublier la vaccination antitétanique.

2.- MORSURE DE SERPENTS

* Mettre le malade au repos, le rassurer, le calmer par des tranquillisants et des antalgiques.

* Injecter si l'on en a du serum anti Bitis Echis Naja par voie sous cutanée ou I.V. à la posologie de 20 à 40 ml. selon la technique de Besredka.

* Instaurer un traitement symptomatique :

- Intubation, oxygène, ventilation assistée en cas de paralysie respiratoire (Naja).

- Corticothérapie, tonicardiaques, transfusion en cas de collapsus (Bitis, Echis).

- Transfusion de sang frais et si possible injection de PPSB en cas de syndrome hémorragique.

* Ultérieurement confier le malade au chirurgien pour une greffe cutanée si besoin (nécrose des vipéridés).

* Dans tous les cas, ne pas oublier la vaccination antitétanique.

M U G U E T

cf. candidoses digestives

M Y E L O M E

cf. hématosarcomes

M Y O C A R D I T E

cf. insuffisance cardiaque
(traitement).

M Y X O E D E M E

cf. hypothyroïdie

N E C A T O R O S E

cf. ankylostomose.

N E P H R I T E S I N T E R S T I T I E L L E S

1.- LE DIAGNOSTIC REPOSE SUR : l'existence fréquente d'une polyurie la rareté de l'H.T.A., la discrétion de la protéinurie, la leucocyturie et la bactériurie. La radiographie de l'abdomen sans préparation montre souvent des petits reins.

2.- LES NEPHRITES INTERSTITIELLES TOXIQUES : Elles surviennent après l'abus d'antalgiques (phénacétine) et de Pindione*.

3.- LES NEPHRITES INTERSTITIELLES UROLOGIQUES sont les plus fréquentes : bilharziose, lithiase, prostate...

Outre le traitement chirurgical éventuel, elles relèvent d'une antibiothérapie prolongée, des boissons abondantes et des cures d'acidification des urines (Mendélarino* 4 comprimés par jour).

4.- LES NEPHRITES INTERSTITIELLES METABOLIQUES : Elles s'observent dans le diabète (infections fréquentes), la goutte, les hypercalcémies et relèvent d'un traitement étiologique.

NEPHROPATHIES GLOMERULAIRES

Elles sont affirmées par l'existence d'une protéinurie isolée ou associée à une hématurie, une insuffisance rénale et une H.T.A.

1.- LES SYNDROMES NEPHRATIQUES PURS, PRIMITIFS EN APPARENCE ne comportent ni insuffisance rénale, ni hématurie, ni H.T.A. . Ils relèvent des mesures suivantes :

I.1. Le régime sans sel et si possible hyperprotidique (cf. régimes)
I.2. Les diurétiques (furosémide à la demande en fonction des œdèmes).

I.3. Bipénicilline* 1 million d'U.I. par jour pendant 1 mois à remplacer par la benzatyl pénicilline (Extencilline*) 2.400.000 U.I. tous les 15 jours.

I.4. Le traitement antipaludique (chloroquine; Nivaquine*, 100 mg. par jour).

I.5. La corticothérapie (Cortancyl*, 1 mg. par kilo et par jour).

I.6. La surveillance de la protéinurie et de l'azotémie associée à celle de la tension artérielle sera prolongée:

- Si la protéinurie persiste au bout d'un mois, il est utile de poursuivre la corticothérapie.

- En revanche, l'arrêt du régime désodé n'est possible que si la protéinurie disparaît.

- En cas d'insuffisance rénale (cf.)

2.- LES AUTRES NEPHROPATHIES GLOMERULAIRES :

Elles sont parfois secondaires : diabète, bilharziose à schistosoma mansoni, streptococcies (rare chez l'adulte), amylose (suppurations chronique), lupus érythémateux disséminé.

Il existe aussi des néphropathies glomérulaires en apparence non glomérulaire, non pures dont le diagnostic exact est impossible à Bamako à cause de l'inexistence de la biopsie rénale.

- Le traitement est décevant : La corticothérapie est presque toujours inefficace. On peut tenter une cure d'Indocid* (3 gélules à 25 mg par jour pendant 1 mois). Le traitement étiologique de ces néphropathies est rarement spectaculaire. Le régime désodé s'indique en cas d'œdème ou d'H.T.A.

NEPHROPATHIE GRAVIDIQUE

I.- SE MEFIER DES PEGES AU MOMENT DU DIAGNOSTIC :

- L'H.T.A. : le lit vasculaire est augmenté chez la femme gravidique. Il faut ajouter 3 au chiffre de la maxima et de la minima.

- Les œdèmes ou l'augmentation du poids : Une femme enceinte augmente normalement de poids à la proportion de 1 kg. les premiers mois et de 1,5 kg. les 3 derniers.

- L'albuminurie

- Faire attention aux H.T.A. découvertes avant la grossesse.

2.- TRAITER ET SURVEILLER L'EVOLUTION :

- Ne pas prescrire des diurétiques mais un régime sans sel (cf.régimes)

- Surveiller l'albuminurie toutes les semaines

- Guetter les complications (qui n'apparaissent pas si la surveillance est bien faite) dont les plus importantes sont l'accouchement prématuré, l'éclampsie, le décollement prématuré du placenta.

NERFS CRANIENS (diagnostic de l'atteinte des)

I.- DANS CERTAINS CAS LE DIAGNOSTIC EST SIMPLE

I.-1. Anosmie : atteinte du nerf I

I.2. Névralgie du trijumeau associée à une anesthésie de la joue : atteinte du nerf V.

I.3. Disparition du reflexe nauséux (paralysie du voile du palais syndrome du trou déchiré postérieur) atteinte du nerf IX et/ou du X.

I.4. Incapacité de lever l'épaule et de contracter le sterno-cléido-mastoïdiens : paralysie du nerf XI.

I.5. Déviations de la langue d'un côté : paralysie du XII du côté de la déviation.

2.- DANS D'AUTRES CAS LE DIAGNOSTIC NECESSITE UNE ANALYSE PLUS PRECISE DES SIGNES

2.1. L'ophtalmie:

* S'il y a un strabisme externe (oeil regarde en dehors): paralysie du nerf III.

* S'il y a un strabisme interne (oeil regarde en dedans) demander au malade de bouger l'oeil :

- S'il arrive à le faire: paralysie du nerf IV.

- S'il n'arrive pas à le faire: paralysie du nerf VI.

2.2. Déviations de la face (paralysie faciale): demander au malade de fermer les yeux:

- Si les deux yeux se ferment: paralysie **faciale** centrale.

- Si l'oeil du côté paralysé ne se ferme pas (signe de Charles Bell): paralysie faciale périphérique.

2.3. Surdité: discuter les causes O.R.L. et neurologiques.

2.4. Nystagmus associé à une ataxie (pseudo Romberg et déviation des index): syndrome vestibulaire.

- Harmonieux: syndrome vestibulaire périphérique.

- Dysharmonieux: syndrome vestibulaire central .

O E D E M E A I G U D U P O U M O N (O.A.P.)

I.- RECONNAITRE L'O.A.P. se fait le plus souvent par la clinique: Survenue brutale, chez un cardiaque connu ou non, d'une dyspnée paroxystique avec une toux quinteuse et souvent d'une expectoration mousseuse et/ou rosée. A l'auscultation, il y a des râles crépitants dans les deux champs pulmonaires et/ou un bruit de galop gauche.

Il faut cependant se méfier de certains états de mal asthmatique et des poussées dyspnéiques chez les insuffisants respiratoires chroniques.

2.- LE TRAITEMENT D'URGENCE NE SE FAIT PAS ATTENDRE :

- Lasilix* 2 ampoules I.V.

- Oxygénothérapie : 6 litres par minute

- Cédilanide* I.V., 1 ampoule (de préférence après un E.C.G.).

- Saignée rapide et abondante (300 ml.) s'il n'y a ni anémie, ni collapsus.

- Jamais de sédatifs ni de morphine.

3.- DES QUE POSSIBLE :

3.1. Anamnèse

3.2. Examen clinique complet

3.3. E.C.G.

3.4. Graphie pulmonaire

3.5. Rechercher : - la cause : le plus souvent il s'agit d'un R.M. ou d'une I.V.G. (H.T.A., I.M., L.A., infarctus du myocarde)

- les facteurs étiologiques déclenchants (écart de régime, grossesse, embolie pulmonaire, troubles du rythme, exceptionnellement, infections toxiques).

3.6. Compléter le traitement :

- En fonction de la cause : anticoagulants en cas de troubles du rythme, **corticoides** en cas de collapsus, **corticoides** associés aux antibiotiques en cas d'infection.

- En fonction de l'évolution: s'il y a une aggravation, intubation, ventilation et aspiration sont nécessaires; s'il y a une guérison faire un traitement étiologique.

O B E S I T E

1.- RAPELONS LE POIDS THEORIQUE :

Taille en cm. - 100 - ($\frac{\text{taille en cm} - 150}{4}$)

2.- LE REGIME EST ESSENTIEL (cf.régime)

Les anorexigènes (tous anphétaminiques), les diurétiques, les hormones thyroïdiennes sont formellement interdits.

3.- INSISTER SUR LE ROLE DE LA PSYCHOTHERAPIE DE SOUTIEN

O E S O P H A G I T E

cf. hernie hiatale.

O N C H O C E R C O S E

1.- LE TRAITEMENT MACROFILARICIDE COMPORTE :

- L'extraction chirurgicale des nodules.
- Une cure de Moranyl* éventuellement (0,1 à 0,3 g. par voie I.V. une fois par semaine pendant 6 semaines en surveillant étroitement la protéinurie

2.- LE TRAITEMENT MICROFILARICIDE REPOSE SUR la Notézine* (comprimés de 100 mg.).

- Chez les sujets faiblement parasités, le schéma classique peut être utilisé : 1/4 de comprimé le premier jour puis doubler la dose chaque jour, pour atteindre en 5 jours la posologie de 4 comprimés laquelle est poursuivie pendant 20 jours.

- Chez les sujets fortement parasités, c'est à dire la grande majorité des Maliens infestés, la posologie doit être toujours prudente: 1/8 de comprimé une fois par semaine pendant 8 mois.

- Dans tous les cas, pour atténuer la réaction de Mazzoti, il est utile de prescrire dès le début du traitement des antihistaminiques (Polaramine*, 2 comprimés par jour ...) ou des corticoïdes (Cortancyl 25 mg. par jour.

O S L E R

cf. fièvre chez le cardiaque.

O S T E O M A L A C I E

cf. décalcification osseuse

P A L U D I S I E

1.- LE PALUDISME DE L'ADULTE A BAIKAO EST FREQUENT ET PARTICULIEREMENT BENIN SAUF SUR CERTAINS TERRAINS ; La femme enceinte, les

Européens ne suivant pas leur chimioprophylaxie et les Maliens ayant longtemps séjourné en Europe.

2.- DANS LES CAS HABITUELS :

- La quinine donne d'excellents résultats: Quinirax* 0,40 mg. ou Quiniforme* 0,50 mg. pendant 3 jours (faire attention à l'aseptie à cause des risques d'abcès et de tétanos).

- La chloroquine (Nivaquine*: comprimés à 100 et à 300 mg.) et l'anodiaquine (Flavoquine*: comprimés de 200 mg.) à la posologie de 600 mg. en une seule prise sont tout aussi efficaces que la quinine.

- Le Fansidar* est à rejeter à cause du risque de syndrome de Layell.

3.- CHEZ LES SUJETS DONT L'IMMUNITE ANTIPALUSTRE EST INSUFFISANTE, des posologies plus élevées de quinine ou de chloroquine sont parfois nécessaires.

2.- DEVANT UN SOUFFLE OU UN ROULEMENT DIASTOLIQUE :

- L'organicité ne se discute pas.
- L'insuffisance aortique donne un souffle maximum au foyer aortique, irradiant le long du bord gauche du sternum et un élargissement de la différentielle.
- Le roulement diastolique du R.M. s'accompagne d'un éclat de B_1 et d'un dédoublement de B_2 .

3.- DEVANT UN DOUBLE SOUFFLE, évoquer une association lésionnelle et le canal artériel si le souffle est sous claviculaire gauche.

S H I G E L L O S E S

cf. dysenteries.

S P L E N O M E G A L I E

1.- NE PAS CONFONDRE UNE SPLENOMÉGALIE AVEC un gros rein, une tumeur du colon gauche, un lobe gauche du foie, une tumeur de la tête du pancréas, une grosse tumeur abdominale (cas des splénomégalias de type IV : cf).

2.- RECHERCHER

2.1. Le volume de la splénomégalie

Classification	Caractère
Splénomégalie I	Splénomégalie dépassant à peine le rebord costal.
Splénomégalie II	Splénomégalie comprise entre le rebord costal et l'ombilic
Splénomégalie III	Splénomégalie atteignant l'ombilic
Splénomégalie IV.	Splénomégalie dépassant l'ombilic

2.2. Cinq signes d'accompagnement sont à rechercher : la douleur, l'hépatomégalie, les adénopathies, la fièvre, l'anaiçrissement.

3.- DEVANT UNE HEPATOMEGALIE DOULOUREUSE

3.1. Si le début est brusque, sans antécédants de douleur splénique et si la douleur est atroce, penser à un infarctus splénique : confier le malade au chirurgien après une tentative de traitement médical (amypépirine en injectable matin et soir).

P A R A P L E G I E S

1.- IL FAUT DISTINGUER LES PARAPLEGIES CENTRALES DES PARAPLEGIES PERIPHERIQUES :

- Toutes les paraplégies spasmodiques sont centrales
- Les paraplégies flasques sont centrales (signe de Babinski) ou périphériques (pas de signe de Babinski).

2.- A BAMAIO LE DIAGNOSTIC DES PARAPLEGIES REPOSE ESSENTIELLEMENT SUR LA CLINIQUE, LA RADIO DU RACHIS (sans oublier le rachis cervical et dorsal) ET LA P.L.

2.1. Les causes rachidiennes sont facilement reconnues: mal de Pott: surtout, mais aussi tumeurs ou pseudo Pott Brucellien.

2.2. Les compressions médullaires sans lésion rachidienne sont facilement reconnues par la P.L. (blocage à la manoeuvre de L.Q.S.) et la clinique (niveau sensitif). Elles sont le plus souvent dues à des épidurites ou des arachnoïdites tuberculeuses.

2.3. Les syndromes de sclérose latérale amyotrophiques (amyotrophie contrastant avec des réflexes vifs) sont typiques mais parfois secondaires à une tuberculose.

2.4. Les autres paraplégies centrales sont de diagnostic difficile à Barako : myélites, myéloralaxies.

2.5. Dans toutes les paraplégies centrales tenter un traitement antituberculeux.

3.- LES PARAPLEGIES PERIPHERIQUES DE L'ADULTE SONT DE DEUX TYPES :

3.1. Les polyradiculonévrites. Elles se présentent comme des paralyties ascendante, d'installation rapide avec des troubles sensitifs et une dissociation albumino-cytologique. Elles relèvent de la corticothérapie (Cortancyl* 1mg. par kilo et par jour) et des mesures symptomatiques (paralysie respiratoire).

3.2. Les polynévrites: Elles s'installent progressivement et peuvent être d'origine toxique (Rimifon*, Oncovin*, Alcool), métaboliques (diabète, amylose), infectieuse (maladie de Hansen), para néoplasique ou cryptogénétique ("neuropathie^s tropicales"). Leur traitement est étiologique (cf.) et symptomatique: vitamine B1 (200 à 500 mg.), vitamine B6 (250 ng. par jour) surtout dans les intoxications au Rimifon*.

P A R K I N S O N (syndrome)

I. DEUX SYNDROMES PARKINSONNIENS SONT FREQUENTS :

- La maladie de parkinson
- Les syndromes parkinsonniens induits par les neuroleptiques.

2.- LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE PARKINSON repose sur la L dopa

Elle se donne à des doses progressives (1/2 comprimé par jour) jusqu'à atteindre environ celle de 3 à 4 comprimés par jour compte tenu de la tolérance clinique. Son effet est remarquable sur l'akinésie. Il faut se méfier de ses effets secondaires cependant (chute de la tension artérielle, troubles digestifs, troubles respiratoires, troubles psychiques, mouvements anormaux). Pour les éviter, on ajoute souvent à la L dopa de la décarboxylase (Hodopar^{*}).

3.- LE TRAITEMENT DES SYNDROMES PARKINSONNIENS DUS AUX NEUROLEPTIQUES repose sur l'Artane^{*} (5 à 10 mg. par jour et le Diparcol^{*}).

P E R I C A R D I T E S A I G U E S

I.- LE DIAGNOSTIC DE LA PERICARDITE est :

- Evocé devant des précordialgies et/ou un tableau de défaillance cardiaque.
- Affirmé par l'auscultation (frottement), la scopie (gros cœur peu battant), l'E.C.G. (microvoltage et troubles diffus de la repolarisation) et souvent la ponction péricardique.

2.- LE DIAGNOSTIC EST SOUVENT DIFFICILE :

- Péricardite tuberculeuse, fréquente (I.D.R., liquide lymphocytaire autres localisations, surtout pleurale).
- Péricardite rhumatismale (polarthrite, valvulopathies, élévation des ASLO).
- Péricardite aiguë bénigne (hyperalgie et peu de liquide).
- Péricardite purulente (valeur de la ponction péricardique).
- Péricardites néoplasiques (rares).

3.- LE TRAITEMENT EST DOUBLE :

3.1. Symptomatique :

- Ponction évacuatrice en cas de tamponade.
- **Diurétiques**
- Antalgiques

3.2. Etiologiques:

3.2.1. Péricardite tuberculeuse :

- Traitement spécifique pendant un an (cf. tuberculose).
- Corticothérapie (Cortancyl* 1 mg. par kilo et par jour) pendant un mois. Il est indispensable d'arrêter progressivement le traitement par palier de 1 comprimé tous les 5 jours à cause des risques d'insuffisance surrénalienne aigue.

3.2.2. Péricardite rhumatismale :

Instituer la pénicillinothérapie (pénicilline procaïne: Binéicilline*, 1 à 2 millions par jour pendant au moins 4 semaines) associée à la corticothérapie (Cortancyl* 1 mg. par kilo et par jour pendant 1 mois).

3.2.3 Péricardite aigue bénigne :

La corticothérapie est contre indiquée (risque de rebonds ? l'arrêt du traitement). On peut utiliser l'aspirine (3 comprimés par jour) ou l'indométazine (Indocid*, 3 gélules de 25 mg. par jour).

3.2.4. Péricardite purulente :

L'antibiothérapie sera adaptée aux germes isolés ou suspectés. Elle sera faite par voie générale, associée à des ponctions répétées du péricarde.

3.2.5. Péricardite d'étiologie indéterminée :

Il faut toujours se méfier d'une péricardite tuberculeuse et instituer un traitement antituberculeux (cf. péricardite tuberculeuse).

P E R I C A R D I T E S C O N S T R I C T I V E S

I.- LE DIAGNOSTIC

La péricardite constrictive est évoquée surtout devant un tableau de défaillance cardiaque ou de pseudo cirrhose. Elle est confirmée par la radio du thorax (coeur immobile, calcification péricardique) et l'E.C.G.

2.- LE TRAITEMENT EST CHIRURGICAL .

Avant la péricardectomie dans un centre spécialisé (Abidjan), il est prudent de prendre des mesures symptomatiques (régime sans sel, diurétiques) et d'instituer un traitement antituberculeux (cf. tuberculose).

P E S T E

- 1.- SAVOIR Y PENSER devant une adénopathie fébrile, surtout inguinale.
- 2.- TRAITER par la streptomyocine (2 g. par jour pendant 10 jours), le chloramphénicol (2 g. I.M. par jour pendant 10 Jours) ou le Bactrim* (4 comprimés par jour pendant 10 jours).

P E L E B I T E

1. LE TRAITEMENT ANTICOAGULANT par la Calciparine* puis les anti-vitamines K est essentiel (cf. anticoagulants).
- 2.- IL EST UTILE DE SURELEVER LES PIEDS DU LIT DU MALADE
- 3.- RECHERCHER LA CAUSE DE LA PILEBITE (alitement, cardiopathies, cancers profonds, compressions pelviennes).
- 4.- LE TRAITEMENT DES SEQUELLES EST DIFFICILE car il est difficile de faire porter des bas à varices à Darako.

P I Q U E S D' A R T R O P O D E S

1.- PIQURES D'INSECTES

- Elles sont en règle bénignes, ne nécessitant aucun traitement. L'extraction du dard d'une abeille ou d'une guêpe est souhaitable.
- En cas d'asphyxie par la piqûre d'une guêpe ou d'une abeille dans la gorge, injecter aussitôt des corticoïdes (Solurédrol* 40 mg. en I.M.) et si c'est nécessaire, intuber ou trachéotomiser le malade.
- En cas de piqûres de guêpes ou d'abeilles multiples ou chez un sujet sensibilisé, administrer d'urgence des corticoïdes (Solurédrol 40 mg. en I.V. ou en I.M.) et des antihistaminiques (Phenorgan*, Polaramine*, Prinalan*...) qui seront poursuivis pendant 8 jours environ.

2.- PIQURE DE SCORPION

Très douloureuse, elle impose des antalgiques et des tranquillisants mineurs. L'infiltration locale de Xylocaïne* est souvent très efficace. Les formes graves peuvent nécessiter la corticothérapie (Solurédrol* 40 mg.) et un traitement symptomatique analogue à celui des morsures de serpent. (cf. morsures).

P L E U R E S I E S

I.- SI LE DIAGNOSTIC CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE DE LA PLEURÉSIE ES LE PLUS SOUVENT EVIDENT, IL DOIT CEPENDANT TOUJOURS ETRE CONFIRME PAR LA PONCTION EXPLORATRICE, car elle permet de distinguer :

- Les pleurésies séro-fibrineuses ou exudats, de couleur jaune citrin riche en albumine (supérieur à 30 g. par litre), en fibrine, Rivalta positif
- Les hydrothorax ou transudats de couleur claire, pauvre en albumine et en fibrine, Rivalta négatif.
- Les pleurésies hémorragiques (sang incoagulable dans deux tubes sec)
- Les pleurésies purulentes.

2.- LE TRAITEMENT EST UNIQUEMENT ETIOLOGIQUE

2.1. En cas de pleurésie séro-fibrineuse (exudats) la bactériologie, l'I.D.R., la cytologie et la biopsie pleurale (après T.S., T.C., T.P.) permettent le plus souvent de faire un diagnostic précis.

2.1.1. La tuberculose pulmonaire : Typiquement il s'agit d'un exudat lymphocytaire; la biopsie pleurale est folliculaire et l'I.D.R. positif. Quelquefois le diagnostic est difficile. Il est indispensable de toujours rechercher d'autres localisations (polysérite).

- Le traitement antituberculeux (cf. tuberculose) est associé aux corticoïdes (0,5 mg. de Cortancyl* par kilo et par jour pendant un mois).

2.1.2. La pleurésie satellite d'un foyer infectieux : La formule est à prédominance polymucléaire ou panachée.

Les causes sont multiples : pneumonies, pneumopathies atypiques, abcès du poumon, dilatation des bronches. Quelquefois, il s'agit d'un abcès sous phrénique.

Le traitement comporte selon les cas la pénicilline G, les antistaphylococciques, les antibiotiques à large spectre, les amoebicides tissulaires

2.2. En cas d'hydrothorax, rechercher 2 causes.

- Cardiaques (R.N., I.V.G.). Rechercher toujours les facteurs déclenchants (O.A.P. : cf.) et se méfier d'une embolie pulmonaire.
- Tous les anasarques (rénal, hépatique).

2.3. En cas de pleurésie hémorragique : habituellement néoplasique ou liée à une hémopathie, un traumatisme ou une embolie pulmonaire, elle est exceptionnellement due à d'autres étiologies (faire une cytologie et une biopsie pleurale).

2.4. Les pleurésies purulentes imposent :

- L'antibiothérapie générale à large spectre adaptée.
- Les ponctions pleurales répétées avec lavage pleural au serum physiologie et injection in situ d'antibiotiques (gentamycine, Soframycine*).

P N E U M O C O C C I E S

1.- LA P.F.L.A. est le diagnostic et de traitement très facile. (cf. pneumonie).

2.- LA MENINGITE A PNEUOCOQUE est redoutable (cf. méningite purulente).

3.- LES AUTRES LOCALISATIONS (notamment O.R.L.; sinusite, otite) doivent être traitées énergiquement par la pénicilline pour éviter l'évolution vers la méningite.

P N E U M O P A T H I E S A I G U E S

1.- DEVANT TOUTE PNEUMOPATHIE AIGUE, SURTOUT SI ELLE REAGIT MAL AU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE, se méfier :

- D'une tuberculose pulmonaire (recherche de B.K. systématique).
- D'une lésion bronchique sous jacente à type de sténose ou de dilatation (faire au moindre doute une bronscopie, voire une bronchographie)..
- Plus accessoirement d'une malformation pulmonaire, d'une métastase d'une amibiase (abcès de la base droite).

2.- DISCUTER ESSENTIELLEMENT TROIS ETIOLOGIES : cf. tableau ci-après.

Maladies	Clinique	Radio	N.F.S.	Traitement
pneumonie franche lobaire aigue	syndrome de condensation	Opacité svstématisée.	Hyperleucocytose à polynucléose neutrophile	Pénicilline G 1.000.000 U.I. par jour pendant 10 jours
Abcès du poulmon	* Syndrome infectieux * vomique.	Bulle de Bonchard	Hyperleucocytose à polynucléose	Association ampicilline (3 g.) - gentamicine (160 mg) par jour pendant 2 mois avec drainage de posture.
Pneumopathies atypiques.	Signes fonctionnels importants contrastant avec des signes physiques nuls.	Tous les aspects radiologiques possibles.	leucopénie	* 1,50g. de TAO ou d'erythromycine par jour pour éviter les surinfections *Antitussifs

PNEUMOTHORAX

Le problème est étiologique, diagnostique et thérapeutique.

1.- LE DIAGNOSTIC POSITIF n'est pas toujours évident cliniquement (valeur de la graphie).

2.- LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE EST DIFFICILE

En dehors des pneumothorax traumatiques, trois étiologies sont à discuter.

2.1. La tuberculose qui réalise habituellement un hydropneumothorax dont la valeur diagnostique repose sur la recherche du B.K., l'analyse du liquide pleural et l'I.D.R. .

2.2. Les autres infections bactériennes (pneumocoques, staphylocoques) : rares chez l'adulte.

2.3. La rupture de bulles d'emphysème (pneumothorax idiopathiques bénins, presque toujours pur, sans épanchement liquidien.

3.- LE TRAITEMENT COMPORTE DEUX VOLETS

3.1. Le traitement étiologique: capital

3.2. Le traitement symptomatique :

- Si le pneumothorax est toléré, on peut se contenter de mettre le malade au repos et de le surveiller.

- En cas de dyspnée, il faut drainer le pneumothorax. Le plus souvent peut le faire à l'aide d'une aiguille (ou d'un petit cathétre veineux) relié à un appareil de Kuss (difficile au Mali), un aspirateur très doux voire un simple flacon rempli d'eau placé sous le malade qui fait office de valve permettant à l'air de sortir mais pas de rentrer.

- Dans certains cas, si malgré ces mesures, le poumon ne revient pas à la paroi, on doit alors discuter la mise en place d'un drain de Joly (sous anesthésie locale dans le 2^{ème} ou le 3^{ème} espace inter costal), voire un drainage chirurgical.

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

cf. rhumatologie

P O L Y G L O B U L I E

A Barako, la polyglobulie se définit comme une augmentation du taux de globules rouges (supérieur à 6.000.000), du taux d'hémoglobine (supérieur à 17 g. pour 100 ml.) et de l'hématocrite (supérieur à 50 %).

1.- LES PSEUDO POLYGLOBULIES sont faciles à distinguer des polyglobulies vraies:

- Hémococoncentration (déshydratation extra cellulaire).
- Thalassémie (pseudo-polyglobulie hypochrome et microcytaire).

2.- LES POLYGLOBULIES SECONDAIRES sont dues :

- A l'insuffisance respiratoire chronique
- Au cancer primitif du foie
- Au cancer du rein ou au médulloblastome du cervelet.

3.- LA POLYGLOBULIE ESSENTIELLE OU MALADIE DE VAQUEZ

Elle comporte, outre une polyglobulie, une splénomégalie, une hyperleucocytose. et une thrombocytose.

Elle se traite par les saignées, les antimétaboliques (Misulban*, 1 à 3 comprimés par jour) en surveillant l'hémogramme. Les anticoagulants sont utiles en cas de thrombocytose ou d'hyperplaquettose.

La transformation blastique est incurable.

P O L Y N E V R I T E S

cf. paraplégies.

P O T T (mal de)

cf. paraplégie et tuberculose.

P R O T E I N U R I E

cf. Néphropathies glomérulaires

P U R P U R A

cf. hémorragique (syndrom

R A G E

cf. morsures

R A M O L I S S E M E N T S C E R E B R A U X

cf. hémiplégie.

R E C T O R R A G I E S

cf. hémorragies digestives.

R E G I M E S

I.- LE REGIME DESODE

I.1. Il exclut : Le sel de cuisine, les boissons gazeuses, le lait, le pain (sauf pain sans sel), le poisson séché, les cubes d'arome maggi, toutes conserves industrielles consommables (sauf indication particulière), tous les comprimés effervescents et les pansements gastriques contenant des bicarbonates (Gastrarino* par exemple).

I.2. Il s'indique dans :

- Le syndrome de rétention hydro sodé (cirrhose ascitique, insuffisance cardiaque, syndrome néphrotique, H.T.A.).

- La corticothérapie à posologie élevée (plus de 15 mg. de Cortancyl* par jour).

I.3. Il doit être prolongé aussi longtemps que son indication persiste: c'est à dire en pratique souvent indéfiniment.

I.4. Il se complique parfois de déshydratation avec insuffisance rénale fonctionnelle. Il faut particulièrement faire attention en cas de diarrhée, de vomissements et lorsqu'il est associé aux diurétiques.

2.- LE REGIME HYPOCALORIQUE

C'est le traitement essentiel de l'obésité.

2.1. Il exclut les graisses aussi bien végétales (pâte d'arachide, huiles) qu'animales (beurre, viandes grasses: mouton) et l'alcool.

2.2. Il réduit autant que faire se peut les glucides (sucres, céréales), les protéides (oeufs, viande, poisson).

2.3. Les aliments de lest sont libres.

2.4. Insister sur la nécessité de repas réguliers et d'une activité raisonnable.

3.- LE REGIME HYPOPROTIDIQUE

- Il exclut la viande, le poisson, les oeufs, le haricot.

- Il réduit le lait et les céréales

- Il autorise les glucides et les lipides

- Il s'indique dans les insuffisances rénales organiques et accessoirement dans les cirrhoses au stade de pré coma.

4.- LE REGIME HYPERPROTEIDIQUE ET HYPERCALORIQUE (suralimentation)

4.1. Il doit être riche en calories (glucides et lipides) et en protides (céréales et surtout viande, poisson, oeufs, lait).

4.2. Il s'indique dans toutes les malnutritions protéino caloriques qu'elles soient dues à une carence d'apport (malades mentaux, marginaux, sujets âgés), à des troubles digestifs, à un alcoolisme ou un syndrome néphrotique.

Pour le rendre plus acceptable, il faut fractionner l'apport en nombreux petits repas et augmenter progressivement l'alimentation. Exceptionnellement au début, il sera effectué par sonde gastrique ou par voie veineuse.

5.- LE REGIME RICHE EN RESIDUS : cf. constipation.

RETRECISSEMENT AORTIQUE (R.A.)

cf. valvulopathies

RETRECISSEMENT MITRAL (R.M.)

cf. valvulopathies

RHUMATOLOGIE PRACTIQUE

I.- LE DIAGNOSTIC RHUMATOLOGIQUE REPOSE SUR :

- L'étude du siège des atteintes articulaires, leur nombre, leur durée, leur aspect (inflammatoire ou non, déformant ou non) et de l'horaire des douleurs (nocturnes si inflammatoire, diurnes si dégénératif).
- L'existence éventuelle d'un syndrome infectieux et/ou inflammatoire.
- L'analyse des antécédants (angine, urethrite, tuberculose, ictère, troubles digestifs, syndrome hémorragique.).
- L'examen clinique complet à la recherche notamment d'une angine, d'un ictère, d'une anémie, d'une splénomégalie, d'une éruption noueuse ou squameuse, d'une atteinte oculaire.
- Certains examens complémentaires systématiques ou presque: numération et formule sanguine, électrophorèse de l'hémoglobine, transaminases, antigène HBS, séro diagnostic de Wright, glycémie, uricémie, radiographie des articulations atteintes et éventuellement ponction et biopsie synoviale.

I.- ARTHRITES INFECTIEUSES : Se voient au cours des septicémies, de la tuberculose, de la drépanocytose.

2.- RHUMATISMES INFLAMMATOIRES

2.1. Aigues ou subaigues :

- Rhumatisme subaigu post angineux de l'adulte.
- Brucellose, gonococcie, tuberculose, lèpre, hépatite, érythème noueux, maladie sérique, purpura rhumatoïde et BBS.

2.2. Chroniques :

- Polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique, F.L.R., spondylarthrite ankylosante, entéropathies chroniques.

3. RHUMATISMES DEGENERATIFS : Arthroses

4. ARTHROPATHIES : drépanocytaires, métaboliques (goutte), neurologique, réflexes hémophyliques

5. PERIARTHRISES, TENDINITES ET BURSISES

2.- LES ARTHRITES INFECTIEUSES

2.1. Au cours des septicémies à streptocoque, à méningocoque, à staphylocoque ou à gonocoque, s'observent des monoarthrites ou des polyarthrites inflammatoires, douloureuses en permanence. Leur diagnostic repose sur l'existence d'autres foyers, la ponction articulaire (qui montre des polynucléaires neutrophyles et des germes) et sur les hémocultures. Leur traitement est celui de la septicémie associé à l'immobilisation plâtrée, aux ponctions, voire à la chirurgie.

2.2. Au cours de la drépanocytose peuvent survenir des arthrites purulentes aiguës à staphylocoque ou à salmonelle.

2.3. La tuberculose donne des arthrites chroniques ou subaiguës, le plus souvent localisées (genou, hanche, rachis).

3.- LES RHUMATISMES INFLAMMATOIRES

Ce sont des polyarthrites, ou plus rarement des monoarthrites remarquables par l'existence de signes inflammatoires locaux (chaleur, douleur, surtout nocturne) et généraux (H.F.S. et V.S.).

3.1. Un rhumatisme inflammatoire aigu ou subaigu de l'adulte fait rechercher :

- Un rhumatisme subaigu curable, succédant volontiers une angine, simulant d'assez près un rhumatisme articulaire aigu, mais ne présentant pas de risque de complications cardiaques; c'est parfois une forme de début de la polyarthrite rhumatoïde.

- Un rhumatisme infectieux brucellien (séro diagnostic de **Wright**), viral (hépatite, surtout en phase pré ictérique), syphilitique secondaire (rare) lépreux et tuberculeux (dans le cadre d'un érythème noueux lépreux ou tuberculeux).

- Un rhumatisme allergique (maladie sérique, érythème noueux) ou en rapport avec un purpura ou une sarcoïdose.

Dans tous les cas, le traitement utilise les antiinflammatoires non corticoïde le plus souvent (Indocid*, 25 mg. 3 fois par jour) associés aux mesures étiologiques (pénicilline, cyclines, traitement antituberculeux etc...)

3.2. Un rhumatisme inflammatoire chronique fait discuter essentiellement :

- Une polyarthrite rhumatoïde dont le diagnostic est clinique (arthrite déformante des mains survenant surtout chez la femme), radiologique (carpite), et biologique (Waler Rose ou Latex).

- Une spondylarthrite ankylosante atteignant surtout l'homme, remarquable par ses localisations sacro-iliaques et rachidienne.

- Un rhumatisme psoriasique qui peut simuler les deux affections précédentes mais associé à une dermatose caractéristique.

- Un syndrome oculo-uretéro-synovial de F.L.R. succédant souvent une diarrhée.

- Dans tous les cas le traitement des rhumatismes chroniques est par définition prolongé. Il faut toujours essayer dans un premier temps l'aspirine à forte dose et les antiinflammatoires non-corticoïdes (indométazine et butazolodine). On peut préconiser l'administration des sels d'or (Allochryisine* : voir Vidal) ou des antipaludéens de synthèse à forte dose (chloroquine, 600 mg. par jour) tout en faisant des examens ophtalmologiques répétés.

La corticothérapie à la dose minimum efficace est l'arme de dernier recours.

- En présence de tout rhumatisme inflammatoire, il ne faut pas oublier de discuter certaines arthrites infectieuses et surtout les arthropathies drépanocytaires et goutteuses qui y ressemblent parfois beaucoup.

4.- LES RHUMATISMES DEGENERATIFS OU ARTHROSES :

- Ils peuvent atteindre presque toutes les articulations (hanche, genou, pouce ...) et se présentent théoriquement comme des rhumatismes chroniques déformants et ankylosants sans signes inflammatoires locaux ou généraux. Toutefois, lors des poussées, les articulations arthrosiques peuvent devenir chaudes et douloureuses en permanence, même la nuit. La radiographie est caractéristique : pincements articulaires, lésions osseuses sous chondrales, ostéophytes.

- Longtemps tolérables, et sensibles à l'aspirine et aux autres antalgiques, l'arthrose peut nécessiter la prescription d'antiinflammatoires, notamment lors des poussées.

5.- LES ARTHROPATHIES

5.1. La drépanocytose détermine fréquemment des arthralgies, souvent des nécroses de la tête fémorale, plus rarement des véritables polyarthrite. Il faut se méfier d'une goutte et surtout d'une infection surajoutée.

5.2. La goutte est une affection masculine, héréditaire, dont le diagnostic est souvent évident (arthrite nocturne du gros orteil, hyperuricémie).

La Colchicine* (1 à 3 mg. par jour) a une efficacité drastique, constituant un véritable test thérapeutique (elle provoque souvent la diarrhée). Les uricozuriques (Amplivix*, 1 à 3 comprimés par jour) exposent au risque d'aggravation des lithiases uratiques. Le Zyloric* (1 à 2 comprimés par jour) constitue un traitement de fond bien toléré.

5.3. La chondrocalcinose articulaire ressemble à la goutte et s'y associe souvent. Elle se caractérise par la calcification des cartilages et notamment des ménisques. Elle relève du même traitement que la goutte.

5.4. Les arthropathies nerveuses sont dominées par la lèpre, mais il faut discuter le diabète, la syringomyélie.

5.5. Les algodystrophies réflexes réalisent le plus souvent le syndrome épaule-main avec une impotence douloureuse et des troubles vasomoteurs et trophiques. Elles s'observent dans de très nombreuses affections traumatologiques, neurologiques, cardiologiques, pulmonaires ou après certains traitements par le Gardonal* ou le Rimifon*.

5.6. Les arthropathies hémophyliques sont en fait des hémarthroses traumatiques.

6.- LES RHUMATISMES PARI-ARTICULAIRES

6.1. La périarthrite scapulo-humérale est très banale, son diagnostic cliniquement facile et étayé par la radio (normale ou montrant des calcifications sous acromiales). Son traitement utilise l'aspirine, les anti-inflammatoires et les infiltrations de corticoïdes (Dépomédrol* 1 injection tous les 15 jours pendant 2 à 3 mois).

6.2. Les tendinites (notamment l'épichondylite) relèvent des infiltrations locales de corticoïde (cf. périarthrite scapulo-humérale).

6.3. Les bursites peuvent parfois faire l'objet d'une exérèse chirurgicale.

S A L M O N E L L O S E S

- 1.- TYPHOÏDE (cf.)
- 2.- SALMONELLOSES NON TYPHIQUES

2.1. Les salmonelloses majeures, notamment ostéo-articulaires, doivent faire rechercher une hémoglobino-pathie. Leur traitement s'inspire de celui de la typhoïde (cf.).

2.2. Les salmonelloses digestives sont responsables de diarrhées aiguës (cf.)

S C I A T I Q U E S

- 1.- FAIRE LA DIFFÉRENCE ENTRE SCIATIQUE DE TYPE S₁ ET SCIATIQUE DE TYPE L₅ :

- L₅ : douleur de la face externe de la jambe, suivant le dos du pied et se terminant au gros orteil : le réflexe achilléen est normal.

- S₁ : douleur de la face postérieure du mollet, suivant le talon et le bord externe du pied pour se terminer au petit orteil: le réflexe achilléen est aboli.

- 2.- RECHERCHER UNE ÉTIOLOGIE PAR LA CLINIQUE ET LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

- Le mal de Pott (gibbosité, I.D.R. à la tuberculine, radio de la colonne lombaire: cf.) ou les autres spondylites.

- Les ostéosarcomes et les métastases de cancer ostéophyles (sein, rein, prostate, thyroïde) : sont traités par le corset plâtré.

- 3.- DANS 90 % DES CAS IL S'AGIT D'UNE HERNIE DISCALE

- Donner des antiinflammatoires : phénylbutazone (3 comprimés par jour pendant au moins un mois en surveillant la formule sanguine et la tolérance gastrique) ou indométazine (Indocid* 25 mg. à la posologie de 3 comprimés par jour en surveillant la tolérance gastrique).

- Faire coucher le malade sur un plan dur (planches sous le matelas).

SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE

cf. paraplégie

S C H I S T O S O M O S E

cf. bilharziose.

S E P T I C E M I E S

Elles soulèvent un double problème diagnostique et thérapeutique.

1.- LE DIAGNOSTIC POSITIF COMME LE DIAGNOSTIC DU GERME SONT DIFFICILES A BAKKO, en raison des aléas des hérocultures, difficiles à obtenir, encore plus, à répéter.

2.- LE DIAGNOSTIC POSITIF clinique repose sur l'association d'une fièvre ectique, le plus souvent avec frissons et sueurs et la découverte de foyers infectieux multiples (porte d'entrée, métastases. . .

Le germe en cause est parfois soupçonné cliniquement :

2.1. Staphylocoque : lorsqu'il existe des furoncles, un purpura pustulo-échantotique, une pleurésie purulente, un abcès du poulon, une prostatite, un phlegmon péri néphritique, une néphrite, une méningite, une myosite. L'isolement du germe est possible au niveau de ces foyers.

2.2. Streptocoque : lorsqu'il existe notamment une endocardite avec modifications de l'auscultation chez un cardiaque présentant une fièvre ondulante.

2.3. Perfringens: lorsqu'il apparaît un ictère hémolytique fébrile au décours d'un avortement.

2.4. Germe gram négatif: en présence d'un choc septique chez un malade présentant une infection urologique, digestive, biliaire ou avant subi un geste instrumental quelconque, récent.

3.- LE TRAITEMENT devrait théoriquement être guidé par l'antibiogramme et devrait comporter des posologies très élevées durant plusieurs mois.

Ces règles sont d'application difficile à Bakko.

3.1. En cas de streptococcémie: administrer 3 à 4 millions de pénicilline G toutes les 4 heures dans la tubulure d'une perfusion isotonique et 1 gr. de streptomycine par jour en I.M.. On peut utiliser valablement également les cyclines (Vibravcine*, 2 gélules à 100 mg. par jour) associées à l'erythromycine (3 g. par jour). En fait cette dernière association est utilisée à la dose maximale tolérée par le tube digestif.

3.2. En cas de staphylococcémie probable ou confirmée, l'association bactéricide de Bristopen* (1 g. toutes les 4 heures dans la tubulure d'une perfusion isotonique) et de gentamycine (Gentalline* 3 à 4 ampoules de 80 mg. I.M. par jour) est indiquée.

3.3. En cas de septicémie à perfringens : donner 3 à 4 millions de pénicilline G, faire des transfusions et traiter l'insuffisance rénale aigue éventuelle. Il ne faut pas oublier la révision utérine.

3.4. En cas de septicémie à gram négatif certaine ou probable : associer l'ampicilline (Totapen*) I à 2 g. toutes les 4 heures par la tubulure d'une perfusion isotonique et la gentamycine (Gentalline*) I à 4 ampoules de 80 mg. par jour en injection I.M. Il y a lieu de réduire les posologies en cas d'insuffisance rénale et de traiter le choc septique et la porte d'entrée.

3.5. Lorsqu'on n'a aucune idée du germe en cause, tenter une association bactéricide à large spectre.

S O U F F L E S (diagnostic)

I.- DEVANT UN SOUFFLE SYSTOLIQUE

I.1. Différencier:

- Les souffles anorganiques (discrets, disparaissant en position assise)
- Les souffles fonctionnels (anémie, hypertrophie ventriculaire).
- Les souffles organiques.

I.2. Discuter l'origine des souffles organiques par :

I.2.1. Le siège et les irradiations :

- Retrécissement aortique (R.A.): foyer aortique vers les vaisseaux du cou.
- Retrécissement pulmonaire (R.P.): foyer pulmonaire vers le dos.
- Insuffisance mitrale (I.M.): foyer mitral vers l'aisselle.
- Insuffisance tricuspidiennne (I.T.): foyer tricuspidein.
- Communication inter ventriculaire (C.I.V.): méso cardiaque en rayon^s de roue.

I.2.2. Les signes cliniques associés

- H.V.G. : (R.A., I.M.).
- H.V.D. : (R.P., C.I.V., I.T.).
- Signe de Carvalho et expansion systolique du foie (I.T.).

I.2.3. La scopie à la recherche de signes d'H.V.G. (R.A., I.M.), d'H.V.D. (I.T., R.P., C.I.V.), d'expansion systolique de l'oreillette gauche (I.M.) ou de l'artère pulmonaire (C.I.A.).

I.2.4. L'E.C.G.: à la recherche de signes d'hypertrophie des cavités

3.2. Si le début est progressif et la douleur diffuse et supportable (sensation de lourdeur) penser à :

- Une hémoglobinose SS ou SC si le malade est ictérique (cf. anémies).
- Une hémopathie maligne si le malade a un amaigrissement important (cf. hémopathies malignes).

4. DEVANT UNE SPLENOMEGALIE NON DOULOUREUSE :

4.1. Si le malade a des adénopathies : la tuberculose ganglionnaire ou la maladie de Hodgkin sont probables.

4.2. Si le malade est fébrile, penser à une maladie parasitaire ou infectieuse (paludisme, septicémies).

4.3. Si le malade a un amaigrissement important, les hémopathies ou la tuberculose (I.D.R., graphie, laparoscopie) sont à évoquer.

4.4. Si la splénomégalie est isolée, faire une ponction sternale, un hémogramme, une I.D.R., une électrophorèse de l'hémoglobine à la recherche d'une leucémie, d'une tuberculose splénique, d'une drépanocytose, d'un hypersplénisme. L'éventualité d'un traitement chirurgical est à discuter avec le chirurgien dans tous les cas à l'exception de la leucémie.

5.- DEVANT UNE HEPATOSPLENOMEGALIE.

5.1. S'il y a pas d'ascite: l'hépatite virale, la drépanocytose, la cirrhose et les cancers du foie sont à évoquer.

5.2. S'il y a une ascite, la cirrhose décompensée et les cancers abdominaux sont très probables.

5.3. Si elle est associée à un infantilisme et une anémie, le diagnostic étiologique est impossible à Barako (équilibrer l'anémie par des transfusions répétées et donner de la Nivaquino* à raison de 3 comprimés de 100 mg par semaine pendant au moins 3 mois: on assiste souvent à la regression de la splénomégalie).

S T A P H Y L O C C O C C I E S

1.- ON UTILISE LES ANTI-BIOTIQUES ANTISTAPHYLOCOCCIQUES DONT LES PLUS UTILISES SONT LES SUIVANTS :

- Les pénicillines semi synthétiques résistantes aux pénicillinases: oxacilline (Bristopen*) et cloxacilline (Cloxipen*, Staphybiotic*).
- Les céphalosporines (Koflin*, Céporine*, Céphacédal*, Céphalojet*) dont la tolérance rénale est médiocre.
- Certains aminosides: kanycoine et surtout gentamycine (Gentalline) e amikacine (Amiklan*).
- La lincomycine (Lincoocine*) et son dérivé la Dalacine*, dont la tolérance digestive est médiocre.
- La pristinamycine (Pyostacine*).

2.- DANS LES SEPTICEMIES A STAPHYLOCOQUE, ces antibiotiques sont utilisés en association à forte dose (cf. septicémies).

3.- DANS LES STAPHYLOCOCCIES MINEURES, on se contente de posologies plus modestes:

- Bristopen* ou Cloxipen*: 1,50 g. par jour
- Pyostacine*, 4 comprimés par jour.

4.- PENSER A DEPIGER TOUJOURS UN DIABETE SOUS JACENT

S T R E P T O C C O C C I E S

1.- DANS LES STREPTOCOCCIES MINEURES

Il faut user de la pénicillinothérapie : (1 million par jour pendant 10 à 15 jours.) En cas d'allergie à la pénicilline on peut utiliser la tétracycline (1,50 g. par jour) et/ou l'érythromycine (1,50 g. par jour.).

Elles imposent toujours une surveillance cardiaque et rénale à leur décours.

2.- LES SEPTICEMIES A STREPTOCOQUE IMPOSENT UN TRAITEMENT BEAUCOUP PLUS ACTIF, surtout en cas d'endocardite (cf. septicémies).

T A C H Y C A R D I E

cf. troubles du rythme.

T A C H Y A R Y T H M I E

cf. troubles du rythme.

T E N I A S I S

1.- LE TENIASIS A *Ténia saginata* est traité par la Trédémine* : administrer lentement et avaler avec un peu d'eau 2 comprimés le matin à jeun et 2 comprimés à 10h; ne déjeuner qu'à midi. Une seule cure est suffisante.

2.- LE TENIASIS A *Hymenolépis nana* nécessite un traitement de 7 jours par la Trédémine* : le 1er jour, les posologies sont identiques au traitement du Ténia saginata et les 6 jours suivants, la posologie est réduite de moitié.

T E T A N O S (traitement)

1.- ISOLER LE MALADE dans une chambre obscure et calme.

2.- FAIRE DU SERUM ANTI-TÉTANIQUE CURATIF : 10 à 20 mg. U.I. (soit 1 à 2 grosses arpeules) par voie S/C. par la méthode de Besredka.

3.- FAIRE UNE ANTIBIOTHÉRAPIE dans le double but de lutter contre les bacilles de Nicolaert et les surinfections. On donne habituellement la Bipénicilline*, 1 million d'U.I. par jour par voie I.M. .

4.- TRAITER LA PORTE D'ENTRÉE: parage de la plaie, révision utérine en cas d'avortement

5.- CALMER LES CRISES DE CONTRACTION MUSCULAIRE par le diazépam (Valium* 10 mg. par voie I.V. toutes les 2 heures en moyenne. On utilise également la pététhidine (Dolosal*) par voie I.M. à la posologie moyenne de 2 à 4 ampoules par jour en association avec le diazépam.

- Une autre association peut être utile à défaut de la première: phéobarbital (Gardenal*), chlorepromazine (Largactil*).

6.- TRACHEOTOMISER LE MALADE SI :

- Les crises se multiplient malgré les doses élevées de sédatif.
- Il survient un spasme de la glotte.
- On a les moyens de surveiller le trachéotomisé (humidification de canule, aspiration trachéale par la canule).

7.- LES MESURES EXCEPTIONNELLES : sédatifs à forte dose associés aux curares nécessitant une ventilation assistée.

T E T A N O S (Vaccination)

I.- LE SERUM ANTITETANIQUE.

Il ne confère qu'une protection illusoire, temporaire de moins en moins de bonne qualité au fur et à mesure qu'on le répète.

2.- LE VACCIN ANTITETANIQUE.

Il confère une protection absolue pendant au moins 5 ans, probablement même davantage.

- Il s'administre par voie sous cutanée en 3 injections primaires à 15 jours d'intervalle suivi d'un rappel d'un an plus tard.

- L'immunité est acquise dès la première injection mais elle ne se maintient que si l'ensemble de la vaccination est effectué.

- La vaccination antitétanique devrait être généralisée à l'ensemble de la population.

T H R O M B O P E N I E

cf. hémorragiques (syndrome).

T H Y R O I D I T I E

cf. goitre.

T O U X

La toux n'est qu'un symptôme.

- Il faut distinguer la toux des étournements.

- Elle peut correspondre à des lésions laryngées, trachéales, bronchiques, pulmonaires, pleurales, diaphragmatique, sous phrénique voire neurologiques.

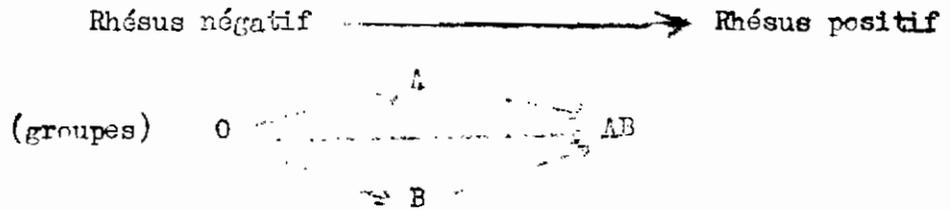
- Il faut respecter les toux productives et calmer les toux sèches (codéine, antihistaminiques).

T R A N S F U S I O N

I.- INDICATION.

Toutes les anémies mal tolérées et/ou dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g. pour 100 ml. indique la transfusion.

2.- LE SENS DE LA TRANSFUSION



3.- SE COUVRIR D'UN MINIMUM DE GARANTIE :

- Ne faire confiance qu'aux groupes écrits. Il vaut mieux contrôler les groupes des donneurs et des receveurs.
- Contrôler toujours:
 - Les flacons de sang envoyés d'ailleurs.
 - La date de péremption (3 semaines après la date de prélèvement) et ne jamais transfuser après cette date.
- Faire attention aux conditions de conservation du sang (jamais dans le congélateur; il faut se méfier des pannes d'électricité).

4.- CE QUE L'ON PEUT FAIRE EN ATTENDANT LE GROUPE DU MALADE :

- Perfuser des solutions macromoléculaires (Plasmion*, Rhéomacrodex*).
- Transfuser du sang 0 négatif de préférence ou à défaut du 0 positif.

5.- CE QU'IL NE FAUT JAMAIS FAIRE:

- Transfuser des groupes incompatibles
- Transfuser du sang glacé.
- Transfuser plus de trois flacons de sang groupe 0 .

6.- FAIRE ATTENTION A L'APPARITION DE CERTAINES COMPLICATIONS

6.1. Frissons associés à une fièvre et à un prurit généralisé après le premier flacon (choc allergique): donner du Solumédrol* 40 mg. (soit 1 ampoule) par voie I.V. et surveiller toutes les heures le pouls. L'évolution est spectaculaire.

6.2. Frissons, chute de la tension artérielle, extrémités froides hémoglobinurie, ictère et anémie (erreur de groupe)

- Arrêter immédiatement la transfusion.
- Surveillance de la tension artérielle et surtout de la diurèse (en raison des risques d'insuffisance rénale aiguë) toutes les heures.

6.3. Frissons, fièvre et/ou collapsus (choc septique en cas de collapsus, septicémie à staphylocoque si le collapsus est absent) cf. septicémies.

6.4. Eviter le paludisme transfusionnel par la Nivaquine* (2 à 4 comprimés).

T R I C H O C E P H A L O S E

Parasitose bénigne, elle peut être traitée par le Vermox* (2 comprimés par jour pendant 3 jours) ou le Bemarsal* (4 comprimés par jour pendant 10 jours.).

T R I C H O M O N A S E S

1.- Les trichomonases intestinales ne nécessitent aucun traitement.

2.- Les trichomonases uro-génitales doivent être traitées simultanément chez les deux partenaires par le métronidazole (Flagyl*) 3 comprimés à 0,25 g. par jour pendant 7 jours ou la Fascigine 500*ng., 4 comprimés en une seule prise. Chez la femme, le traitement local (ovules de Flagyl*) peut s'indiquer.

T R O U B L E S D U R Y T H M E

1. I.- Les problèmes diagnostiques et thérapeutiques sont résumés dans les deux tableaux qui suivent.

2.- EN PRATIQUE A BAMAKO:

2.1. Dans les tachycardies sinusales le traitement est étiologique et digitalique (cf. Insuffisance cardiaque).

2.2. Dans les tachycardies de type Bouveret ne recourir pas aux manoeuvres vagales, injecter de la Cédilanide* I.V. (1 à 2 ampoules) et interdire les excitants.

2.3. Les tachysystolies justifient d'une éventuelle digitalisation antérieure et de la prescription de potassium.

2.4. Les flutters et les fibrillations sont choqués électriquement. Un traitement anticoagulant préalable d'un mois est indispensable en cas de fibrillation et l'arrêt des digitaliques indispensable 3 jours avant le choc. La quinidine (Cardioquine*, Hydroquinidine*, 4 comprimés par jour) et le Rythmodan* (4 comprimés par jour) sont utilisés pour éviter les rechutes.

PROBLEME DU RYTHME (Diagnostico)

	type de la tachycardie	Fréquence	onde P	conduction auriculo ventriculaire	QRS	PRINCIPALES ETIOLOGIES
Rythmes	tachycardie sinusale	variable	normale	normale	normale	<ul style="list-style-type: none"> effort, fièvre, neurotonie, anémie, hypoxie, insuffisance cardiaque. habituellement idio-pathique (Bon voyage).
	tachycardie nodale	variable (180) environ	0	?	normale	<ul style="list-style-type: none"> Intoxication digitale + insuffisance cardiaque.
	tachycardie auriculo-ventriculaire	variable	déformés	?	normale	<ul style="list-style-type: none"> Intoxication digitale + insuffisance cardiaque.
Regulier	Flutter	300 ou 150 à 100 " 75	onde P = 300	Bloc a 2/1 ou 3/1	normale	<ul style="list-style-type: none"> R M, cardiomyopathie, infarctus, autres cardiopathies.
	tachycardie ventriculaire	variable	déformés 1e à 4e volt	0	Large	<ul style="list-style-type: none"> Infarctus, intoxication digitale, cardiomyopathie, décharge tordue.
Rythme	Extrasystole	variable	variable	variable	variable	<ul style="list-style-type: none"> Idiopathiques toxique (digitaine) Insuffisance cardiaque, cardiomyopathie.
	Fibrillation auriculaire	variable	0	?	normale	<ul style="list-style-type: none"> R M, hyperthyroïdie, infarctus, autres cardiopathies.
Irregulier	Fibrillation ventriculaire	très rapide	trivolt	0	Large et polymorphe	<ul style="list-style-type: none"> Infarctus ou myocarde, déficience cardiaque terminale, agonie.

PROBLEME DU RYTHME (traitement)

Type de la tachycardie	tranquillizants	Digita* line	quinidine	Cardio* rythmine	Pronestyl* †	xylocain no	droc	
tachycardie sinusale	+	+						traitement Etiologique +++
tachycardie nodale	+	+		+	+		+	manoeuvres vagales, compression des globes oculaires ou des sinus carotidiens
tachysystolie auriculaire		+ ou -						digitaliques si elle n'est pas due à une intoxication digitale. K et arrêt digitalique dans le cas contraire
Flutter		+	+				+++	traitement Etiologique
Fibrillation auriculaire		+	+				+++	traitement anticoagulant et Etiologique
tachycardie ventriculaire				+	+	++	++	
Fibrillation ventriculaire				+	+	+	+++	
extrasystoles	+	souvent arrêt	+		+			se mettre des extrasystoles bigéminées polymorphes, en saline ; manoe de tachycardie ventriculaire.

2.5. La tachycardie ventriculaire est traitée par le choc électrique ou la perfusion de **Xylocaïne*** (1 à 2 ampoules de 20 ml. de **Xylocaïne*** à 2% dans un flacon de serum glucosé isotonique, le débit étant ajusté en fonction des résultats).

2.6. Les extra systoles idiopathiques peuvent être négligées ou traitées par les antiarythmiques buccaux.

- Les extra systoles secondaires relèvent du traitement étiologique.
- Les extra systoles dues à l'intoxication digitalique (ventriculaires, bigémisée ou polymorphes) imposent l'arrêt du traitement et l'administration de potassium.

T R Y P A N O S O M I A S E

1.- LE PLUS SOUVENT RECONNUE, IL FAUT Y PENSER devant tout syndrome avec des adénopathies cervicales, une méningoencéphalite, des troubles psychiques inexplicables.

2.- LE DIAGNOSTIC REPOSE SUR la mise en évidence des trypanosomes dans le sang, le suc ganglionnaire et le L.C.R., l'augmentation des IgM dans le sang et le L.C.R. et parfois la sérologie.

3.- LE TRAITEMENT UTILISE SURTOUT l'Arsobal*.

- Chaque cure comprend 3 injections I.V. de 3,6 mg. par kilo à 48 heures d'intervalle chacune.

- En l'absence d'atteintes neuro-méningées, on effectue une seule cure; dans le cas contraire, 2 à 3 cures à 15 jours d'intervalle chacune sont indiquées.

- Son injection doit être strictement I.V., utilisé avec un matériel parfaitement sec chez un malade avec un état général aussi bon que possible après contrôle de l'albumine dans les urines.

- Malgré toutes les précautions, le risque d'encéphalopathie arsenicale reste préoccupant.

T U B E R C U L O S E

I.- L'ANTIBIOTHERAPIE SPECIFIQUE

I.1. Les régimes de première ligne

On utilise indifféremment :

- Le régime Rimifon*, Trécator*, Streptomycine*

Pendant deux mois.	Pendant 10 mois 2 fois par semaine.
- Rimifon* 5 mg./kg./jour - Trécator* 250 mg. 2 comprimés par jour - Streptomycine* 1g. par jour	Rimifon* 5 mg./kg. Trécator* 250 mg. matin et soir <u>ou bien</u> Rimifon* - Streptomycine* <u>ou</u> Trécator* - Streptomycine*

- Le régime Rimifon*, Ethambutol*, Streptomycine*

Pendant deux mois	Pendant 10 mois deux fois par semaine
- Rimifon* 5 mg./kg./jour - Ethambutol* 4 comprimés par jour - Streptomycine* 1 g. par jour	Rimifon* - Ethambutol* <u>ou</u> Rimifon* - Streptomycine* <u>ou</u> Ethambutol* - Streptomycine*

- Le régime Rimifon*, Trévintix*, Streptomycine*

Pendant deux mois	Pendant 10 mois deux fois par semaine
- Rimifon* 5 mg./kg./jour - Trévintix* 4 comprimés par jour - Streptomycine* 1 g. par jour.	Rimifon* - Trévintix* <u>ou</u> Rimifon* - Streptomycine* <u>ou</u> Trévintix* - Streptomycine*

I.2. - Le régime de réserve réservé aux malades ayant résisté aux régimes de première ligne

Pendant deux mois	Pendant 10 mois deux fois par semaine
- Rifampicine* 300 mg. (2 gélules par jour chaque matin à 10 h.) - Ethambutol* 3 comprimés à 400 mg. par jour	Rifampicine* = 1.200 mg. Ethambutol* = 2.400 mg.

N.B. Il ne faut jamais dépasser 1g. par kilo de Streptomycine* pendant toute la cure.

2.- LES INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

* L'antibiothérapie est la même quelle que soit la localisation.

* Le repos et l'hospitalisation ne s'imposent que dans les formes très cachectisantes, très invalidantes, très contagieuses, où lorsqu'on envisage un traitement particulier.

* La majorité des tuberculeux peut être suivie ambulatoirement.

* Les traitements adjuvants sont parfois indiqués :

- Dans les sérites, la ponction et la corticothérapie à dose modérée (Cortancyl 0,5 mg. par kilo et par jour) sont indiquées.

- Dans la milliaire suffocante il faut traiter l'insuffisance respiratoire aiguë (cf.) et donner des corticoïdes à dose élevée (Cortancyl 1mg par kilo et par jour).

- Dans les ostéo-arthrites, l'immobilisation plâtrée, voire la chirurgie sont indiquées.

T Y P H O I D E

I.- L'ANTIBIOTHERAPIE DOIT ETRE

I.1. Active : chloramphénicol (Tifomycine*), ampicilline (Totapen*, Ampicil*), sulfaméthoxazole triméthoprime (Bactrim*, Fusaprim*).

I.2. Administrée per os sauf impossibilité (troubles de la conscience ou perforation), les doses réparties dans la journée en 6 prises.

I.3. Commencée par des doses faibles :

- chloramphénicol 500 mg. par jour.
- ampicilline 1 g. par jour .
- Bactrim* adulte, 1/2 comprimé matin et soir.

I.4. Augmentée progressivement pour atteindre en 3 jours :

- 3 g. par jour de chloramphénicol.
- 4 g. par jour d'ampicilline
- 4 comprimés de Bactrim*

I.5. Poursuivie pendant théoriquement 1 mois ou au moins 15 jours après l'apyrexie.

2.- LA DECOUVERTE ET LE TRAITEMENT DES COMPLICATIONS EST ESSENTIELLE :

2.1. Le collapsus impose la transfusion ou la perfusion de macromolécules (Plasrion*, Rhéomacrodex*) et éventuellement les tonicardiaques (Cé-dilamide* I.V.).

2.2. La perforation typhique : confier le malade au chirurgien après une réanimation (le pronostic est très réservé.).

2.3. L'encéphalite typhique relève du traitement symptomatique (cf. coma).

3.- LA PROPHYLAXIE :

- Elle relève d'une bonne politique de santé publique :
- Désinfection des excréments des malades, meilleure hygiène hydrique, vaccination;

U L C E R E G A S T R O D U O D E N A L
(non compliqué)

1.- LE DIAGNOSTIC repose sur la fibroscopie avec une biopsie si l'ulcère est gastrique et éventuellement le T.O.G.D.

2.- LE REGIME : normal mais il faut conseiller au malade de manger à des heures régulières et d'éviter les boissons alcoolisées et le tabac.

3.- ELIMINER LES MEDICAMENTS AGRESSIFS POUR L'ESTOMAC : l'aspirine et tous les dérivés salicylés, les corticoïdes sur toutes ses formes (comprimés et injectables), les antiinflammatoires non stéroïdiens, les anticoagulants.

Sont permis ; Glifanan*, Idarac*, Adalgur*.

4.- LES PANSEMENTS GASTRIQUES quels qu'ils soient (de préférence sans bismuth) pendant 1 mois: 1 sachet au moment des 3 principaux repas.

5.- LES ANTISECRETTOIRES PENDANT UN MOIS

- atropine (1/4 de mg. en sous cutanée par jour) ou Prantal repetabs* (1 comprimé matin et soir). Ils sont contre indiqués chez les glaucomateux et les malades atteints d'adénome de la prostate (risque de rétention aigue d'urine).

- Le Tagamet* (en vente récemment à Bamako, très onéreux) n'est pas contre indiqué chez les glaucomateux et les malades atteints d'adénome de la prostate. Il se donne à la posologie de 1 comprimé avant chaque repas et 2 comprimés le soir au coucher.

6.- CONTROLE FIBROSCOPIQUE AU TERME DU MOIS DE TRAITEMENT

6.1. Si l'ulcère guérit, donner un traitement d'entretien à base de pansement gastrique et éventuellement du Tagamet* (2 comprimés par jour).

6.2. Si l'ulcère ne cicatrise pas, prolonger le traitement pendant un mois au bout duquel on fera un deuxième contrôle fibroscopique.

- Si l'ulcère guérit, instituer un traitement d'entretien.

- Si l'ulcère n'est pas toujours cicatrisé, faire des biopsies qui confirmeront l'ulcère bénin (continuer le traitement médical pendant 1 mois) ou malin (confier le malade au chirurgien).

Même si l'anapath confirme le caractère bénin de l'ulcère, si à la 3^{ème} fibroscopie il n'est pas cicatrisé, confier le malade au chirurgien.

U L C E R E G A S T R O D U O D E N A L
(compliqué)

Le problème est essentiellement celui du diagnostic et de l'indication chirurgicale.

1.- LA PERFORATION

1.1. Le diagnostic se fait sur la clinique et l'ASP (présence d'un pneumopéritoine contre indiquant la chirurgie).

1.2. L'ulcère perforé bouché (très fréquent ici) se présente en fibroscopie le plus souvent comme un ulcère résistant au traitement médical qu'il faut confier au chirurgien.

1.3. L'ulcère perforé dans la grande cavité (coup de poignard de Dieu Lafoye): intervention chirurgicale d'urgence après la méthode d'aspiration de Taylor si le malade est vu tôt.

2.- LES HEMORRAGIES DIGESTIVES (cf. hémotémèse)

2.1. Les indications chirurgicales sont systématiques si :

- La fibroscopie montre une artériole saignant en jet dans l'ulcère.
- Malgré la réanimation il persiste un collapsus et l'hémorragie récidive.

2.2. Les indications médicales dans les autres cas sont portées (cf. ulcère gastro duodénaal non compliqué).

3.- STENOSE : complication d'évolution lente, ne mettant pas en jeu le pronostic vital immédiat et donc la plus souvent rencontrée au Mali. Elle se voit essentiellement dans l'ulcère du duodénum.

Rarement il s'agit d'une sténose fonctionnelle d'un ulcère duodénal entouré d'un volumineux bourrelet d'œdème, devant au traitement médical.

Dans la majorité des cas le traitement est chirurgical.

V A L D E N S T R O H (maladie de)

cf. hématosarcomes.

V A L V U L O P A T H I E S
(problème soulevé par)

K.- QUELLE EST LA VALVULOPATHIE ?

- Analyser le souffle (cf.)
- Compléter les recherches par l'E.C.G. et la scopie.

2.- EXISTE-T-IL UN R.A.A. ? (arthralgies, accélération de la V.S. de la fibrinémie, allongement de P.R. à l'E.C.G.)

3.- EXISTE-T-IL UNE MALADIE D'OSLER ? (fièvre ondulante avec modification des souffles).

4.- EXISTE-T-IL DES COMPLICATIONS THROMBO EMBOLIQUES ? (cœur pulmonaire aigu, phlébite).

5.- EXISTE-T-IL DES TROUBLES DU RYTHME ? (cf.)

6.- EXISTE-T-IL UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE ? (cf.)

7.- EXISTE-T-IL UNE GROSSESSE ? Le problème est celui de la tolérance de la grossesse actuelle, des grossesses antérieures, des gestations futures, celui de l'accident gravo cardio cardiaque et du traitement anticonceptionnel.

V O M I S S E M E N T S

1.- LE PROBLEME EST ESSENTIELLEMENT ETIOLOGIQUE

2.- LES VOMISSEMENTS DANS UN TABLEAU AIGU :

2.1. Réhydrater le malade s'il est déshydraté (cf. déshydratation)

2.2. Ne pas oublier d'évoquer les causes chirurgicales (appendicite, syndrome occlusif...)

2.3. Rechercher :

2.3.1. Par l'interrogatoire :

- La notion de prise de médicament^s traditionnels et autres (digitaliques, antibiotiques).
- Un retard de menstruation chez la femme.
- La consommation d'aliments suspects ou d'alcool.
- Un syndrome polyuro-polydipsique (diabète)
- La tétrade symptomatique faisant penser à une typhoïde (céphalée, vomissement^s, insomnie^s, troubles digestifs).

2.3.2 Par l'examen clinique; lequel recherche un syndrome méningé, une grossesse, un paludisme.

2.3.3. Par les examens para cliniques :

- Un diabète (glycémie), une insuffisance rénale (azotémie, albuminurie), une hypertension intra crânienne (fond d'oeil, radio du crâne), un infarctus du myocarde (E.C.G.), un paludisme (frottis et goutte épaisse), une typhoïde (séro diagnostio de Widal).

2.3.4. Une cause psychogène si toutes celles précitées sont écartées.

3.- LES VOMISSEMENTS DANS UN TABLEAU REPETE OU PROLONGE. Faire une fibroscopie et rechercher :

- Une sténose du pylore (coexistence avec un tableau de déshydratation imprtante à équilibrer (cf. déshydratation.).
- Un cancer de l'estomac.

Dans les deux cas le traitement est chirurgical.

Z O N A

1.- LE DIAGNOSTIC DE ZONA EST HABITUELLEMENT FACILE : Eruption douloureuse se recouvrant de vésicules, unilatérale, dans le territoire d'un nerf ou d'une racine.

2.- CHEZ L'ADULTE, IL FAUT TOUJOURS SE MEFIER D'UN ZONA SECONDAIRE à une hémopathie maligne, un néoplasme voire une myélite ou une spondilodycrite.

3.- RECHERCHER TOUJOURS UNE COMPLICATION : Méningite, polyradiculonévrite et surtout atteinte cornéenne ou irienne dans le zona ophtalmique.

4.- LE TRAITEMENT ANTALGIQUE EST ESSENTIEL : Nozinan* 25 à 50 mg. par jour en moyenne

5.- LE TRAITEMENT LOCAL EST ACCESSOIRE DANS LE ZONA DU TRONC ET DES MEMBRES (éosine à l'alcool, poudres à l'oxyde de zinc).

6.- LA SURVEILLANCE OPHTALMOLOGIQUE DU ZONA OPHTALMIQUE EST CAPITALE.

L'antibiothérapie locale est indispensable. L'efficacité des collyres à l'Udiviron* (3 à 6 fois par jour) est moindre que dans les kératites herpétiques. Les corticoïdes sont formellement contre indiqués alors que les collyres mydriatiques et les pansements occlusifs sont utiles.

B I B L I O G R A P H I E

1. COMITE D'EXPERTS DE L'O.M.S., la selection des médicaments essentiels : Rapport technique N° 615 Genève, O.M.S. 1977.
2. DICTIONNAIRE VIDAL. Paris, 1979.
3. FAVRE (J), (Edit), thérapeutique Médicale, Paris 1978 Flammarion éd.
4. GENTILLINI (M) et DUFLO (B), Médecine tropicale 2° édition Paris 1978, Flammarion éd.
5. PEQUIGNOT (H), Pathologie médicale, Paris 1975, Masson Editeur.
6. PERLEMUTER (L), OBRASKA, QUEVAULLIERS, Dictionnaire pratique de thérapeutique médicale, 2° éd., Paris 1975 Masson éditeur.
7. TOUITOU (Y), PERLEMUTER (L), Dictionnaire pratique de pharmacologie clinique, Paris 1976, Masson éditeur.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
