

INCIDENCES CHIRURGICALES DE LA CONSOMMATION HABITUELLE DU KAT

par Max CHARPIN *

Il est traditionnel, dans la revue *Pount*, d'étudier chaque année les effets du Kât ; je ne voudrais le faire qu'en vous rapportant l'expérience de mon service de chirurgie depuis plusieurs années, mais plus particulièrement avec mes assistants successifs, les docteurs Pasqualini et Cerutti ; ce travail ne voudrait d'ailleurs se considérer que comme un complément original de l'article publié par les docteurs Le Bras et Frétilière sur « les aspects médicaux de la consommation habituelle du Kât » (suivi d'une bibliographie importante ; voir *Pount*, n° 2).

**

Ce problème-protée apparaît en fait sous les masques les plus divers, et je vous citerai, parce qu'il est extraordinaire, le cas récent d'un *phyto-bezoard* ; on nomme ainsi une pseudo-tumeur gastrique composée d'un enchevêtrement de feuilles et de fibres mastiquées, noyées au milieu d'un substrat épais composé en particulier de salive déglutie et non digérée et de sucres végétaux, au milieu d'une poche gastrique rendue complètement inerte par les alcaloïdes du Kât (et nous retrouvons là, expérimentalement reproduit, le rare mais indiscutable « *iléus paralytique* » cité par Le Bras et Frétilière, qui n'en avaient point vu). Il s'agissait d'un homme de race arabe, pourvu d'un volumineux estomac — à cause d'une sténose pylorique par ulcère bulbaire — et d'un mégaduodénum dû à un rétrécissement par pancréatite subaiguë extériorisée entre les 3^e et 4^e segments du duodé-

num ; ces lésions diagnostiquées radiologiquement furent vérifiées par laparotomie dans les détails que je vous ai précisés et, après section des nerfs pneumogastriques et pour tourner les deux obstacles successifs, le bas-fond de l'estomac fut court-circuité dans la première anse jéjunale : il s'agissait en fait d'une vagotomie double avec gastro-entérostomie trans-mésocolique postérieure isopéristaltique. Les suites immédiates de l'intervention furent simples, après 36 heures de la grande agitation dont nous reparlerons plus tard ; mais si les gaz avaient un rythme normal, toute ingestion de boisson était suivie de vomissements d'un vert profond. Un contrôle radiographique montra alors que la baryte décelait dans l'estomac une volumineuse tumeur, approximativement grosse comme une tête d'enfant, d'aspect vermoulu, en même temps que les deux orifices de sortie de l'organe, pylore et gastro-entéroanastomose, étaient hermétiquement bouchés.

Je me posai la question de savoir si, par un hasard maléfique, sans que je m'en aperçoive et sans signes d'hémorragie interne, une artère gastrique blessée n'avait pas saigné et organisé un caillot formidable ? La réintervention montra qu'il n'en était rien, l'anastomose était excellente, et l'estomac aussi atone qu'un chiffon contenait une masse qui n'apparaissait

* Médecin-Colonel du Service de Santé des Troupes de Marine, Chirurgien des Hôpitaux des Armées.

d'ailleurs très imparfaitement qu'en relevant le buste de l'opéré et avait ainsi passé inaperçue, molle, gélatineuse, incontrôlable, rebelle à l'aspiration... Le malade, interrogé après son réveil, reconnut s'être trois jours de suite gorgé de Kât, le lavage gastrique préopératoire sur cette gelée déjà prise n'avait ramené qu'un peu de colorant vert ; pendant vingt-et-un jours, nourri par voie veineuse, cet homme reçut matin et soir un lavage d'estomac de quatre litres de sérum salé ; on mesurait les volumes extraits, la bouillie de Kât peu à peu aspirée était filtrée et pesée, les feuilles restant d'un vert splendide et visiblement consommables... Enfin, peu à peu, le sérum put gagner l'intestin, le malade but, on ne retira plus rien vingt-sept jours après la première intervention ; le malade mangea, jura (mais un peu tard !) qu'on ne l'y prendrait plus, et il vient de rentrer du voyage de convalescence avec huit kilos supplémentaires !

**

Nous allons retrouver, avec les incidents de l'anesthésie générale, un problème quotidien : il est en effet connu depuis longtemps que l'homme adulte et les vieillards sont ici difficiles à endormir et « enragés » à leur réveil, et peut-être dans une proportion de cas de plus en plus forte. Ceci dépasse la classique agitation du réveil anesthésique et ne concerne ni les enfants, ni les femmes jeunes, ni les vrais broussards qui ont en face du sommeil artificiel, les réactions normales connues de tous, répondent à des doses relativement faibles et retrouvent leur conscience et le contrôle de leurs actes de manière tout à fait sympathique. La similitude de ces accidents avec certains aspects du délirium tremens alcoolique et leur existence dans les tranches d'âge des chiqueurs de Kât, de même que les réponses des malades aux questions posées — après leur retour à la normale — sur leurs habitudes « toxicomaniques » (terme refusé par LE BRAS et FRÉTELLÈRE mais que j'emploie ici pour bien marquer une dépendance vis-à-

vis de cette plante, se traduisant par un état de besoin du toxique probablement) ne laissent pas de doute sur la cause.

La difficulté de l'induction anesthésique, et la nécessité d'augmenter fortement la dose nécessaire pour créer le sommeil (par exemple avec apnée au cours de l'induction par pentothal) sont évidentes, de même que la relative inefficacité des injections pré-anesthésiques courantes qui sont, sauf indication contraire, réalisées par l'association dolosalphénergan-atropine en injection intramusculaire ; la solution a été facile en injectant ce mélange par voie intraveineuse cinq minutes avant l'induction et en le renouvelant parfois après la dose d'induction ; cette méthode aide remarquablement aussi l'anesthésie locale ; il faut noter toutefois le très net effet sur tous les vieillards du gamma OH qui permet pratiquement tous les actes de chirurgie, abdomen et thorax compris.

Pendant cette anesthésie, souvent difficile à contrôler, des accidents mortels par curares à action lente ont paru inexplicables, et aucun décès par arrêt cardiaque n'a été constaté depuis leur remplacement par des curares labiles renouvelés à la demande.

C'est la période de réveil qui est la plus extraordinaire, et au début si inexplicable que les précautions prises par un personnel averti semblent incompréhensibles au nouveau venu : le luxe d'attaches, bracelets de cuir, draps fixant la taille au lit, etc., semble disproportionné avec la force musculaire des opérés et une intervention souvent peu choquante. Lorsqu'aucune perfusion n'est nécessaire, le mieux est, bien sûr, de laisser dans une chambre ouverte la famille surveiller le réveil, souvent d'ailleurs en mâchant du Kât... Quelques gailards prennent chacun un membre, on a de la patience et de l'eau, et si les sutures tiennent, tout ira pour le mieux dans un délai de vingt-quatre heures qui correspond à mon avis au terme moyen du « micro-délirium » kâtique.

Or, la chirurgie moderne suppose la mise en place d'installations, permettant le contrôle post-opératoire, mais peu compatibles avec le folklore ; il faut de l'asepsie, bien sûr, et des cathéters, sondes et autres instruments qu'on peut conserver durant des semaines. Pendant vingt-quatre heures, le malade qui se trouve par ailleurs isolé de sa famille, au milieu d'inconnus, va vivre en général un accès maniaque, *lutter de toutes ses forces pour s'échapper*, mais sans devenir véritablement dangereux pour le personnel ; il est difficile de cerner cet état confusionnel où tout dialogue reste impossible, où une concession se termine par l'arrachage de tout ce qui n'est pas préventivement cousu à la peau, au nez, etc. ; il serait tentant parfois de parler d'hystérie, mais l'indifférence absolue de la survie évoque plutôt un état confusionnel profond qui se résoudra par un torpeur dont sortira un homme nouveau, docile et reconnaissant !

La surveillance de ce qui ressemble malheureusement parfois à une bête fauve en cage pose évidemment des problèmes pénibles et je vais vous citer les drogues dont j'ai retrouvé la trace dans mon service, et qui ont été utilisées à côté des classiques sédol et morphine, tout à fait insuffisants pour nos opérés ! étant bien entendu que, contrairement au délirium tremens alcoolique, l'accès confusionnel kâtique ne s'accompagne ni de désordres cellulaires profonds, ni de troubles métaboliques graves ; la réanimation reste donc dans la dépendance de la seule intervention chirurgicale.

Nous avons essayé à doses très fortes des hypnotiques : nubarène, phénobarbital, nembutal ; des neuroleptiques : diéthazine (diparcol), péthidine (dolosal), prométhazine (phénergan), chlorpromazine (largactil), halopéridol, lévomépromazine (nozinan) ; des tranquillisants : dominal, méthylpentynol (N-oblivon), chlordiazépoxide (librium), alimémazine (théralène), valium, ceci par toutes les voies et en association, en particulier une demi-ampoule de dolosal et une demi-ampoule de dominal.

Les résultats les plus constants et les plus satisfaisants ont été obtenus avec un tranquilisant, le procalmadiol (équanyl) employé par voie intramusculaire dès avant le réveil et renouvelé, s'il le faut, toutes les heures ; cette drogue n'a que peu d'action sur la tension artérielle, elle ne masque pas les signes chirurgicaux, et est actuellement dans mon service le traitement standard du délire chez le *mangeur de Kât opéré* ; cette technique est d'ailleurs calquée sur le traitement par le procalmadiol du délirium tremens alcoolique.

**

Je voudrais maintenant vous développer des preuves statistiques concernant le rôle du Kât dans les cancers des populations autochtones ; Le Bras et Frétilière l'avaient évoqué au sujet de l'épithélioma de l'œsophage, je vais étendre cette notion à toutes les autres muqueuses en contact avec la feuille ou avec son jus : lèvres, bouche, pharynx, estomac. Mon ami le docteur Delarue, qui exerce à Diré-Daoua, avait déjà noté une proportion énorme de cent douze mâcheurs de Kât sur cent vingt ulcères duodénaux opérés, et nous avons ici la même impression et la même prédominance massive des hommes (100 % à Djibouti...). Mais les chiffres que je vais vous rapporter concernent la totalité des cas de **tumeurs malignes autochtones** observées dans mon service jusqu'au 1^{er} février 1968, date où un service séparé d'oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie m'a enlevé la responsabilité « hôtelière » de toutes les tumeurs correspondantes.

Cette liste est donc exhaustive et n'omet aucune tumeur hospitalisée, et elle ne concerne que des tumeurs certaines vérifiées par une biopsie avec réponse anatomopathologique, ou le décès à l'hôpital, ou malheureusement la seule clinique et l'évolution pendant l'hospitalisation : la plupart de ces malheureux arrivent après tant de temps et dans un tel état qu'aucun doute diagnostique n'est possible. Les comparaisons ont été établies avec les

pourcentages de mortalité en France par divers cancers, en l'absence de chiffres exactement superposables.

Cette statistique concerne cent dix-huit (118) tumeurs malignes certaines, soixante-cinq (65) chez les hommes et cinquante-trois (53) chez les femmes, avec :

- dix-huit (18) néoplasmes œsophagiens chez l'homme et sept (7) chez la femme, soit vingt-cinq (25) au total ;
- quinze (15) cancers de la bouche, langue, lèvres, pharynx chez l'homme et trois (3) chez la femme, soit dix-huit (18) au total ;
- cinq (5) cancers de l'estomac chez l'homme et deux (2) chez la femme, soit sept (7) au total ;
- notons pour mémoire cinq (5) cancers digestifs chez l'homme et deux (2) chez la femme ;
- j'ai relevé enfin vingt-deux (22) cancers divers chez l'homme et trente-neuf (39) chez la femme, dont onze (11) du sein et dix (10) du col utérin ; le total des ostéo-sarcomes est de six (6).

Les hommes, avec 18 cancers œsophagiens et 15 bucaux, sont atteints de façon massive au niveau des muqueuses digestives supérieures où naissent la moitié de leurs tumeurs (en France on compte 12 % à 18 % de mortalité par le cancer de l'œsophage qui ne pardonne guère, et 11 % pour les cancers bucaux de pronostic aussi très sombre) ; la répartition des tumeurs est effarante, sans ressemblance avec aucun accident de série ; cette répartition depuis février 1968 est peut-être en train de s'accroître encore...

Les femmes, elles, offrent toutes les variétés selon les répartitions courantes : sein, utérus ; il est à noter que leurs sept tumeurs œsophagiennes représentent cependant quatorze pour cent (14 %) des cancers féminins : la mortalité féminine en France par tumeur œsophagienne est de deux pour cent (2 %) !

elle est de 1 % pour les tumeurs buccales qui représentent ici 6 % des tumeurs féminines et le chiffre de leurs néoplasmes des muqueuses digestives supérieures est égal au cinquième du total.

Ces rapports sont très intéressants et montrent que, bien que la femme ne consomme le Kât qu'à partir d'un certain âge, la courbe de morbidité suit celle des hommes avec un décalage ; j'explique la relative rareté des tumeurs buccales par le fait que l'homme consomme pendant la « Kât-partie » une importante quantité de tabac sous forme de cigarettes dont on sait l'action cancérogène, alors que la femme use en général de la pipe à eau, le narghileh, qui permet le barbottage des gaz chauds.

Pour clore ces chiffres, rappelons que, dans le monde entier, le cancer de l'œsophage vient, au point de vue fréquence, du 3^e au 5^e rang des tumeurs chirurgicales avec 2 à 16 % au maximum de la totalité des cas diagnostiqués, et atteint pour 88 % les hommes ; notre statistique indique 21 % (28 % chez l'homme ! 14 % chez la femme, avec 72 % d'hommes sur le total).

Par quel mécanisme expliquer cette action de la chique ou du jus de Kât ? Frétilière avait bien décrit une œsophagite souvent localisée et volontiers segmentaire, pouvant présenter des ulcérations « dont le facteur pathogénique doit être recherché plutôt dans les tannins contenus dans les feuilles fraîches que dans la drogue elle-même » ; et après avoir évoqué « le rôle de la fumée du tabac » et classé l'œsophagite du Kât dans les œsophagites chimiques, il concluait avec Le Bras : « On peut rapprocher la fréquence de l'œsophagite du Kât de celle du cancer de l'œsophage... chaque fois nous avons retrouvé l'intoxication kâtique. »

Je suis heureux de vérifier et d'étendre ces notions à toutes les muqueuses digestives supérieures par mes arguments statistiques :

INCIDENCES CHIRURGICALES DE LA CONSOMMATION DU KAT

- 33 sur 65 néoplasmes masculins (51 %) ;
- 10 sur 53 néoplasmes féminins (19 %) ;
- 43 sur 118 néoplasmes connus (36 %),

série certes courte, mais suffisamment éloquent, en l'absence de tout chiffre sérieux sur le nombre réel de ces redoutables tumeurs.



Ainsi, le problème du Kât apparaît-il de plus en plus cerné au point de vue médical ; ses prolongements directs ont été, dans cette revue, exposés par ses effets sur l'endémie tuberculeuse ; mais combien de conséquences n'apparaissent-elles pas peu à peu, dans la fréquence et la gravité anormales des accidents du travail, dans le déséquilibre du budget

familial entraînant la malnutrition infantile irréversible et la gravissime anémie de la femme enceinte par déséquilibre alimentaire et protidique avant tout ? Cependant ne doit-on pas également tenir compte du rôle du Kât dans une société détribalisée, et constater que la campagne de 1966 a laissé à l'abandon dans cette ville, pendant quelques semaines, jeunes et adultes dépourvus de tout loisir organisé et de toute possibilité d'évasion ? Il est facile d'expliquer le rôle vicariant d'un toxique hallucigène, Peyotl ou Kât, chez les Indiens d'Amérique ou les riverains de la Mer Rouge, peuples sous-développés ; mais l'alcoolisme est un drame international, les Etats-Unis sont le pays d'élection des paradis artificiels, et c'est dans un équilibre psychique, moral et matériel que se trouve toujours la solution la meilleure.

Djibouti, le 25 juillet 1968.