

## INFORMATION SANITAIRE

### Lymphogranulomatose Maligne

*Sang.*—Des recherches hématologiques faites dans 90 cas de lymphogranulomatose maligne se dégagent les conclusions suivantes: Les formules sanguines trouvées dans la lymphogranulomatose maligne sont très variables; cette maladie ne possède pas de modifications sanguines pathognomoniques. Les hémogrammes considérés comme caractéristiques peuvent survenir aussi dans d'autres affections de l'appareil lymphatique. Pour le diagnostic, les modifications sanguines n'ont qu'une valeur secondaire, de probabilité. Elles ne peuvent être interprétées qu'au lit du malade. Les modifications sanguines qui peuvent contribuer à la fixation du diagnostic, au titre de symptômes adjuvants, énumérées en ordre de fréquence, sont: Lymphopénie relative, 61 pour-cent; polynucléose globale, 57; anémie modérée, 50; éosinophilie absolue, 48; neutrophilie, 46,6; leucocytose, 46,4; surplaquetose, 35 pour-cent. (Goia: *Marseille Méd.* 783, 13 déc. 1932.)

*Pronostic.*—Sur 80 cas de lymphogranulomatose maligne observé, dans une période de 12 ans, l'auteur fait les constatations suivantes: La lymphogranulomatose ne se prête aux guérisons complètes, définitives, avec aucun des traitements employés jusqu'à présent. La moyenne de la survie comptée à partir de l'apparition des premiers symptômes (DAPS), dans les 80 cas, a été de 3 ans et 1 mois. Des 80 malades, 63 ont succombé, accusant ainsi une moyenne de survie de 2 ans et 5 mois. Les autres 17 cas se trouvent encore en vie, avec une moyenne de survie de 5 ans et 4 mois. Le moyenne de la survie (DAPS) sous le rapport du traitement appliqué aux cas précités, est chiffrée de la manière suivante: Dans 12 cas, non traités: 7 ans, 1 mois; dans 3 cas opérés: un sans résultat, l'un a survécu 7 ans, le dernier 6 ans jusqu'à présent; dans 4 cas traités avec néosalvarsan: 4 ans 2 mois; dans 46 cas qui ont été soumis au traitement Röntgen, et décédés: 2 ans et 3 mois  $\frac{1}{10}$ ; dans 17 cas traités avec Röntgen (vivants); 5 ans et 4 mois  $\frac{5}{10}$ . La moyenne globale (DAPS) pour les cas irradiés est de 3 ans et 1 mois. La moyenne de la survie comptée à partir du début de traitement Röntgen (DART) a été; dans les 46 cas de décédés: un an et 2 mois; dans les autres 17 cas (vivants): 4 ans et 3 mois. Moyenne de la survie globale (DART): un an et 10 mois. Le succès thérapeutique obtenu dans la lymphogranulomatose maligne dépend, en premier lieu, de l'allure sous laquelle la maladie évolue. A la fin, l'auteur fait des considérations sur les éléments qui peuvent avoir de l'importance pour le pronostic. (Goia: *Mars. Méd.* 784, 13 déc. 1932.)

*Radiothérapie.*—Les auteurs ont observé au Centre anticancéreux de Villejuif 36 malades atteints de lymphogranulomatose. Ils ont utilisé les rayons X, le radium et les injections de substances radioactives. En *roentgentherapie*, leur technique est analogue à celle de Gilbert et Sluys: tension 200,000 volts, filtration élevée, étalement des doses. Le *radium* a été utilisé: (1°) dans le but de comparer les effets de la radiothérapie pénétrante et de la curiethérapie; (2°) vis-à-vis des récidives de ganglions déjà irradiés; (3°) pour traiter les adénopathies radio-résistantes d'emblée aux rayons X. Les *substances radioactives* sous la forme d'injections intraveineuses de thorium X et de mésothorium n'ont amené aucune amélioration. Les *survies*, après le début du traitement, varient de quelques mois à 5, 6, 7 ans. Les manifestations de la lymphogranulomatose réagissent

chez des divers malades de façon différente vis-à-vis de techniques analogues. La radiothérapie ne modifie pas le potentiel de malignité de cette affection; elle en reste néanmoins le seul traitement efficace. (LaBorde et Nemours-Auguste: *Mars. Méd.* 787, 13 déc. 1932.)

Au cours des dernières 10 années, 90 cas ont été traités par les rayons X. On applique un rayonnement toujours individuellement, tâchant d'obtenir l'effet voulu sans une altération plus grave de l'état général. On se sert d'un rayonnement d'une pénétration moyenne donnée pour la tension de 160 kv et filtre de 0.5 mm Cu + 1 mm Al par  $a=0.9$  mm Cu. Dans les premières séries, il suffit d'habitude d'une de 300 à 450 r internationaux par chaque champ, appliquée par fractions de 150 à 200 r dans 4 à 6 semaines. Les tumeurs médiastinales et rétropéritonéales sont irradiées quelquefois par un champ diffusé devant et derrière, à une distance anticathode-peau 40 cm avec une dose de 600 r par fractions de 100 r tous les deux ou trois jours. On renouvelle le rayonnement chaque fois que l'on constate un nouvel accroissement des glandes respectées, des métastases dans d'autres groupes glandulaires. Parmi les moyens auxiliaires, on emploie parfois avec succès les rayons ultraviolets. La longueur moyenne de la survie de ces malades est de deux ans et deux mois. (Vesin: *Marseilles Méd.* 788, 13 déc. 1932.)

*Expérimentation.*—Les auteurs divisent leur exposé en deux parties essentielles. L'une, documentaire, relate les diverses recherches biologiques et bactériologiques effectuées jusqu'à présent. Dans l'autre, ils s'efforcent de dégager les enseignements de ces recherches. Des *constatations biologiques* faites jusqu'ici, il faut retenir l'absence de pouvoir antigénique spécifique des produits granulomateux aussi bien que les microorganismes isolés de ces produits. Les réactions de fixation aux antigènes tuberculeux auraient pour certains auteurs une réelle valeur. Mais les données bio-chimiques sur lesquelles est fondé leur principe ne sont pas certaines. Les réactions tuberculiques cutanées sont habituellement négatives, moins souvent avec les tuberculines aviaires, mais on n'en peut rien conclure en ce qui concerne l'étiologie tuberculeuse, aviaire ou autre, de la granulomatose. Les *recherches bactériologiques* ont abouti, les unes à des constatations négatives, les autres à la mise en évidence du virus tuberculeux; d'autres enfin ont permis d'isoler des microorganismes distincts du bacille tuberculeux. Parmi ces derniers, le groupe le plus fréquemment observé est celui des corynebactéries, isolé pour la première fois par Fraenkel et Much. Le virus tuberculeux a été maintes fois mis en évidence depuis les premières constatations de Sternberg, soit directement, soit par cultures, soit par inoculations à l'animal; celles-ci ont pu produire les différents aspects de la tuberculose expérimentale.

On a fait enfin de nombreuses *tentatives de reproduction expérimentale* de la granulomatose, par inoculation, soit de tissus granulomateux, soit de microorganismes, agents hypothétiques de l'affection. Les résultats probants semblent exceptionnels dans cet ordre de faits. Dans la seconde partie de le rapport, les auteurs discutent la *valeur des résultats expérimentaux*, souvent contradictoires, obtenus jusqu'à présent. Le rôle pathogène des bacilles diphtéroïdes (*corynebacterium, streptothrix*) est sujet à caution en raison de l'ubiquité de ces microorganismes et de leur saprophytisme habituel. Parmi les bacilles acido-résistants rencontrés, seul le bacille tuberculeux mérite d'être envisagé. Il est difficile de tirer une conclusion formelle des faits rapportés jusqu'ici et d'affirmer l'étiologie tuberculeuse de la granulomatose, contre laquelle plaident bien des faits cliniques et histologiques. D'ailleurs, trop de causes d'erreur peuvent intervenir.

Pour concilier toutes les constatations bactériologiques et expérimentales, on a pu considérer la granulomatose maligne comme un syndrome ressortissant à de multiples étiologies, comme une réaction tissulaire particulière à des agressions pathogènes diverses. Pourtant la granulomatose apparaît, par bien des points,

comme une véritable entité morbide. On peut se demander si sa place nosologique ne se trouve pas à la frontière indécise de l'inflammation et de la néoplasie. (Weismann-Netter, Oumansky et Delarue: *Marseille Méd.* 779, 13 déc. 1932.)

#### Le Dépistage du Kala-Azar

Le dépistage précoce des leishmanioses ne peut se faire ni par l'examen clinique ni par l'examen cytologique du sang. La recherche des parasites dans leurs localisations organiques est assez aisée chez le chien (foie, rate, moelle osseuse lésions tégumentaires) mais ne peut être généralisée chez l'homme (ponction splénique) en raison de ses inconvénients possibles. Les recherches directes ou indirectes (culture sur milieu spécial) des parasites dans le sang n'ont pas donné jusqu'ici pour le kala-azar autochtone des résultats permettant de juger leur valeur. La réaction au formol est un moyen de dépistage simple, facile, à la portée de tous les praticiens, mais qui, chez l'animal comme chez l'homme comporte la possibilité de résultats erronés dans un dixième des cas. La réaction aux sels d'antimoine (Chopra et Gupta) a l'avantage d'être d'une appréciation plus nette, d'apparaître dès le début de la maladie et de ne comporter que des causes d'erreur facilement évitables. Elle paraît être jusqu'ici un procédé d'identification tout à la fois assez simple et suffisamment constant. (Oelsnitz & Faure-Brac: *Progrès Méd.* 420, 4 mars, 1933).

#### Vaccination Préventive avec BCG

De l'enquête statistique que les auteurs viennent de faire à Brest, et qui porte sur 748 enfants vaccinés, observés et suivis depuis plus de quatre ans, et comparés à leurs collatéraux, pris comme témoins, aux mêmes âges et dans les mêmes familles, il résulte que: La mortalité générale des enfants vaccinés est environ quatre fois moindre que celle des non vaccinés; les comparaisons étant faites à la fin des premières, secondes, troisièmes et quatrièmes années de vie. Cette même proportion se maintient au profit des enfants vaccinés provenant de familles tuberculeuses. Il en est de même aussi dans les milieux indemnes de tuberculose. Dans toutes les familles envisagées, les enfants vaccinés meurent quatre fois moins que leurs collatéraux non vaccinés. La comparaison des taux de mortalité générale infantile, dans les deux premières années de vie, montre que la vaccination au BCG a transformé la situation nosologique des familles envisagées, puisque es taux qui étaient à 11 et 16 pour-cent avant la vaccination sont tombés depuis la vaccination à 3 et 5 pour-cent dans les mêmes familles. Les résultats acquis et l'observation suivie prouvent la innocuité du BCG. (Quérangal des Essarts, J., et De Carbonnières de Saint-Brice, Guy: *Arch. Méd. Phar. Nav.* 99, av.-juin, 1932.)

#### La Rougeole "Rentrée"

L'ensemble des faits cliniques permet d'affirmer, avec l'unanimité des pédiâtres modernes, qu'il n'y a aucun rapport entre les modalités de l'exanthème et la gravité de la rougeole. *A fortiori*, la fugacité et la modestie de l'éruption n'ont-elles rien d'alarmant. Il faut donc extirper des familles ce préjugé curieux de la rougeole rentrée, et mettre en œuvre, sans hésitation aucune, les méthodes thérapeutiques qui entraînent, dans certains cas seulement d'ailleurs, l'atténuation de l'éruption. La légende de la rougeole rentrée, erronée dans ses bases cliniques, et responsable de coupables abstentions thérapeutiques, mérite donc d'être sévèrement combattue. C'est dans cette lutte contre un regrettable préjugé que s'affirme, une fois de plus, la précieuse action sociale du médecin de famille. (Vincent: *Prog. Méd.*, obre. 29, 1932.)