

dont les manifestations seraient modifiées par les types de réservoirs et d'insectes vecteurs existant dans les divers pays: hommes et poux pour le typhus exanthématique; hommes et rats, poux et puces de rats pour le typhus mexicain et le typhus endémique des États-Unis d'Amérique; rats et tiques (*Trombicula akamushi* et *T. deliensis*) pour le typhus tropical et la fièvre fluviale du Japon; rongeurs sauvages et tiques (*Dermacentor andersoni*) dans la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses; rongeurs sauvages et tiques (*Amblyomma hebraeum*) dans la fièvre par piqûres de tiques de l'Inde; chiens et tiques (*Rhipicephalus sanguineus*) dans la fièvre boutonneuse méditerranéenne. L'association entre les rickettsias et plusieurs des maladies apparentées au typhus (typhus exanthématique, typhus tropical, fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, fièvre fluviale du Japon, typhus mexicain et fièvre par piqûres de tiques de l'Inde et de l'Afrique du Sud) ne milite point contre l'hypothèse d'un virus original unique quelque peu modifié par les circonstances. Le fait que la réaction de Weil-Felix n'est point positive dans toutes les formes de typhus ne prouve pas de manière absolue que leurs virus ne sont pas dérivés d'un virus originel unique puisqu'il a été démontré que des passages par certaines espèces animales peuvent altérer les propriétés antigènes d'un virus typhique donné, altérations entraînant une modification de l'agglutination pour le *B. proteus* X₁₉. Ces considérations sont évidemment d'un grand intérêt théorique, puisqu'elles soulèvent le problème épidémiologique de la filiation des maladies et de leur adaptation au milieu, et le problème bactériologique de cycle vital des rickettsias et des relations de ces dernières avec le *B. proteus* X₁₉. Elles ont aussi une grande importance pratique, puisqu'elles peuvent entraîner la découverte de mesures tendant à prévenir (vaccin) et même à supprimer ces maladies. Les progrès qui sont faits vers la solution de ces problèmes sont heureusement très rapides. Jusqu'à ce que cette solution soit obtenue, les praticiens et les autorités sanitaires de nombreux pays resteront confrontés par de grandes difficultés administratives pour la déclaration de leurs cas de maladies apparentées au typhus; ces cas seront-ils assimilés à ceux du typhus vrai (exanthématique) aux fins de notification et de quarantaine ou non? (*Rapp. Epidém. Sect. Hyg. Soc. Nat.* (dec. 15) 1931.)

La Dysenterie Amibienne Autochtone en France

Longtemps considérée comme une maladie endémique des pays chauds, la dysenterie amibienne s'est peu révélée dans les régions tempérées et froides où elle évolue sous une forme autochtone. Bien avant la guerre, Dopter en 1904 avait le premier signalé quelques cas d'amibiase autochtone chez de jeunes recrues des troupes coloniales, qui avaient contracté leur affection en France, au contact de soldats porteurs chroniques d'amibes, rapatriés des colonies. En 1914, Landouzy et Debré à l'Académie de Médecine attirent l'attention des hygiénistes sur les formes autochtones de la maladie en rapportant les 14 cas observés à cette époque. Si jusqu'alors la dysenterie amibienne autochtone restait en somme exceptionnelle, elle ne devait pas tarder à se répandre pendant la guerre où l'arrivée aux armées des coloniaux et des troupes indigènes, la promiscuité des hommes, l'absence de précautions et le manque d'hygiène furent autant de raisons qui contribuèrent à sa propagation. Ravaut et Krolunitski, dans une série de travaux remarquables, en étudièrent, au point de vue clinique et parasitologique, de petites épidémies observées en 1915, sur le front du Nord. A partir de ce moment, la dysenterie amibienne entre dans la pathologie française et un bon nombre d'auteurs rapportent les observations de cas isolés ou groupés survenus dans la zone des armées, ou à l'intérieur chez des gens n'ayant jamais été aux colonies. Depuis lors, Chauffard et Ravaut ont insisté dans leur enseignement sur la fréquence relative de ces cas et sur leur dissémination dans toute l'étendue de France, l'expliquant par le fait que tous ces malades non guéris et porteurs de kystes, après avoir réintégré leurs foyers, y ont constitué autant de sources de

contamination. Malgré cela beaucoup de cas restent méconnus car nombreux sont encore les médecins, qui, en présence d'un syndrome dysentérique, ne pensent pas à la possibilité d'une amibiase autochtone, la considérant comme exceptionnelle. Les travaux originaux sur cette question ne sont pas nombreux dans la littérature médicale de ces dernières années; et pour ce qui a rapport au milieu maritime, on ne trouve que deux mémoires: l'un de Marcandier qui rapporte, en 1920, dans les *Archives de Médecine Navale*, 3 cas, survenus à Brest, chez des novices du Magellan; l'origine de l'affection fut attribuée au calier chargé de l'eau potable du bord; cet homme, ancien dysentérique, était porteur chronique d'amibes et de kystes. L'autre, de Dargein, est une étude très documentée de 16 cas observés dans son service de la clinique médicale de l'hôpital Sainte-Anne, parmi lesquels se trouvent un certain nombre d'observations d'amibiase autochtone de la région toulonnaise. En tant que chargé du laboratoire de bactériologie et du service des contagieux de l'hôpital maritime où sont traités les dysentériques, l'auteur a eu l'occasion de suivre par la clinique et le laboratoire 4 malades atteints d'amibiase contractée à Brest, il a pensé qu'il était intéressant de rechercher, parmi les observations de malades traités antérieurement dans ce service, celles qui pourraient se rapporter à cette forme de l'affection afin d'en étudier l'évolution au cours des années. C'est ainsi que sur 211 amibiens qui furent hospitalisés depuis la fin de la guerre et dont le diagnostic avait été vérifié par des examens répétés de laboratoire, 16 cas répondaient à une origine autochtone; on n'a d'ailleurs retenu que 7 où l'origine de la maladie était nettement établie du fait que les sujets n'avaient jamais quitté la région brestoise et qu'ils purent être revus et suivis à des intervalles de temps plus ou moins éloignés. L'intérêt de ces observations réside non pas tant dans le fait qu'elles ajoutent de nouveaux cas à ceux déjà publiés, mais surtout en ce qu'elles permettent de suivre l'évolution de la forme autochtone de la dysenterie ambiennaise au cours des années; qu'elles en montrent la ténacité et la difficulté de traitement et qu'elles conduisent enfin à des considérations cliniques, étiologiques, thérapeutiques et prophylactiques qui ressortent des conditions de vie locale. La thérapeutique des formes autochtones ne diffère en rien de celle des amibiases contractées dans les pays chauds. Le traitement des crises aiguës consistera en injections journalières d'émétine de 4 à 8 centigrammes de façon à arriver à une dose de 0.80 à 1 gramme maximum. On pourra leur associer les injections de 914 selon la méthode de Ravaut. Il se produit en somme des phénomènes analogues à ceux observés dans la thérapeutique de la syphilis, où sous l'action des arsenicaux ou du mercure, on note la disparition rapide des accidents spécifiques sans pour cela prétendre à la guérison; de même dans la paludisme où la quinine jugule les accès fébriles et fait disparaître les hématozoaires du sang, sans cependant stériliser le paludéen. Comme dans ces maladies, il faudra envisager dans l'amibiase un traitement de longue échéance avec les moyens variés de la thérapeutique. On utilisera les arsenicaux en injections ou par voie buccale par séries séparées par des intervalles de temps, durant lesquels on fera ingérer au malade des antiseptiques intestinaux: bismuth, benzonaphtol, pâte de Ravaut, etc. On pourra tenter des cures de yatre par ingestion et lavements. Dans les cas chroniques on emploiera les grands lavages intestinaux journaliers suivant le procédé de Le Dantec avec des solutions antiseptiques au nitrate d'argent, au permanganate, à la gonaérine, ou avec une émulsion de sous-nitrate de bismuth ou encore avec une macération d'ipeca, comme à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Anne. Si la rectoscopie montre des ulcérations sans tendance à la cicatrisation, on pourra utiliser les pansements locaux au 914 enrobé dans la coréine suivant le procédé de Bensaude. On n'oubliera pas la fréquence des parasites intestinaux associés et leur importance dans la persistance de l'amibiase, et on mettra en œuvre les procédés propres à en débarrasser le malade. On associera à cette thérapeutique les prescriptions hygiéniques et alimentaires qui

restent à la base d'un traitement bien conduit. Lorsque les accidents aigus seront calmés, que les selles seront devenues régulières et moulées, que les examens microscopiques en série auront montré l'absence d'amibes et de kystes on ne pourra songer à conserver les malades dans un hôpital, mais il faudra leur donner à suivre un traitement ambulatoire, les garder sous surveillance médicale, exiger des visites et des examens de selles réguliers; de cette façon on arrivera à leur éviter les troubles chroniques qui font d'eux de véritables infirmes, sujets aux rechutes et qui sont de plus un danger permanent pour leur famille et la collectivité. Comme le syphilitique, le dysentérique devrait être muni d'un carnet de traitement sur lequel seraient notés l'observation, les résultats des examens des selles et les différentes thérapeutiques employées; de cette façon le médecin pourrait suivre l'évolution de l'affection et conseiller utilement le malade. Malgré tous les traitements correctement suivis on notera parfois la persistance des kystes avec un état intestinal en apparence normal, le sujet restant cependant exposé à des rechutes; rien alors n'est plus décevant que la thérapeutique de ces cas rebelles à toute médication dont aucune n'est spécifique du kyste.

L'importance de la prophylaxie résulte du fait de la facilité de la contagion, davantage peut-être dans la marine à cause de la promiscuité des hommes dans des espaces limités; du point de vue social, chaque dysentérique constituant un foyer de dissémination de la maladie; du point de vue économique, les amibiens devenant souvent de véritables infirmes incapables d'efforts physiques et de travail régulier, grevant le budget de l'État par leurs hospitalisations fréquentes et l'octroi de pensions. Dans la marine la prophylaxie s'exercera surtout du côté des semeurs de kystes, il faudra: Les dépister en pratiquant des examens de selles chez les malades présentent un syndrome diarrhéique chronique, en surveillant les anciens dysentériques, en recherchant les porteurs sains; les isoler pendant les poussées aiguës pour les traiter et désinfecter les selles; les conseiller, les surveiller et les éduquer; les évincer de certaines spécialités: Cuisinier, infirmier, boulanger, calier, maître d'hôtel. Il faudra renforcer les mesures de prophylaxie générale: Surveillance des eaux à bord; désinfection de l'eau consommée dans les forts et les postes; interdiction de boire l'eau des ruisseaux et des sources non surveillées; modifier les prises d'eau des arsenaux qui sont en creux dans le sol et souillées par la boue et les eaux de ruissellement, en établissant des bornes-fontaines; surveillance de l'alimentation et des cuisines; hygiène générale et propreté des hommes et des locaux. (Des Essarts, J. Q.: *Arch. Méd. et Phar. Nav.*, 456, oct.-déc., 1931.)

Le Virus Rabique en Général

On n'a pas pu encore cultiver et isoler le microbe de la rage. Toutes les expérimentations sur ce sujet ont complètement échoué, et par leurs résultats contradictoires ont compliqué la question. Seuls les travaux de Weyri, de Mamelian et de Levaditi présentent un intérêt scientifique. Excepté le virus des rues, nous avons le virus fixe, duquel nous nous servons pour la vaccination antirabique. Ces deux virus présentent des différences considérables, au point de vue de localisation de la maladie, de danger d'infection et de la quantité injectée. La pluralité du virus des rues n'existe pas. Il est indiscutable qu'une toxine rabique existe, quoiqu'elle n'a pas été encore mise en évidence par les méthodes expérimentales. En sa faveur sont les manifestations cliniques de la rage. Les agents physiques, cliniques et antiseptiques ont une influence sur le virus rabique. Cette influence a offert au traitement de la rage un service considérable, parce qu'elle a donné lieu aux différents procédés de vaccination par des virus atténués. Les humeurs de l'organisme ont une action rabicide considérable. La même action rabicide présente: le venin des vipères et de certains batraciens, la lymphe des insectes et les enzymes élaborés par les cultures de *Bacillus subtilis*. (Pappadopoulo: *Rev. Prat. Mal. de Pays Chauds*, 465 (octobre) 1931.)