

Guillemot, 40 cas de diphtérie au point de vue expérimental et pathogénique. Ils ont déterminé dans chaque cas ce qu'ils appellent le pouvoir pathogène essentiel du germe résultant de ses deux propriétés fondamentales: virulence d'une part et pouvoir toxigène de l'autre. Ils ont montré que, dans toutes les formes graves, on trouvait des germes à pouvoir pathogène essentiel très élevé. A vrai dire, dans des diphtéries moyennes ou légères, on peut trouver exceptionnellement des germes à pouvoir pathogène essentiel élevé. Les auteurs, ont également étudié le dosage des antitoxines dans le sérum du malade avant tout traitement spécifique. Ils ont conclu que la gravité actuelle de la diphtérie est sans doute due à une augmentation du pouvoir pathogène des germes. Quoique de nombreux essais aient déjà été tentés en ce sens, ils ont, avec la collaboration de Legroux, préparé un sérum avec le corps des bacilles diphtériques isolés au cours de l'épidémie même. Ils ont constaté que ce sérum n'était nullement plus actif que le sérum préparé par l'injection au cheval de toxines ou d'anatoxine. Ils montrent, une fois de plus, que c'est le temps écoulé entre le début de la maladie et le moment où injecte le sérum qui constitue le moment primordial pour le pronostic. Avec les réserves que comporte toute règle mentionnant le début d'une angine diphtérique, car rien n'est plus difficile que le préciser ce moment même, ils indiquent à nouveau le délai de trois à quatre jours qui semble celui à partir auquel s'aggravent les formes moyennes de la maladie. Dans les cas où la haute valeur pathogène du germe d'ajoute à l'absence de l'immunité chez le sujet infecté, la diphtérie brème les étapes et le sérothérapie ne peut être efficace que dans les toutes premières heures. Les auteurs demandent que l'on répande cette notion plutôt que de comparer les sérums des divers instituts, alors que dans tous les pays où la diphtérie est grave, on entend les mêmes doléances, et que de suggérer le renouvellement d'expériences déjà faites bien souvent. Elles aboutissent toujours à démontrer que la toxine diphtérique est une et que seule l'antitoxine est douée d'un pouvoir thérapeutique. M. Grenet, se basant sur ces constatations cliniques et les résultats thérapeutiques, estime que les conclusions de Debré, Ramon et Thiroloix ne peuvent être accueillies sans quelques réserves. Il rappelle que le sérum antimicrobien et antitoxique est plus efficace que le sérum seulement antitoxique; de même, le sérum ordinaire (préparé à l'aide de la souche d'origine américaine) donne de meilleurs résultats que le sérum désalbuminé. Debré répond que les tentatives multiples, répétées dans tous les pays, de fabrication d'un sérum ayant un pouvoir antimicrobien élevé, et toujours suivies d'échec, justifient cette opinion qu'il partage avec M. Roux, que seule l'antitoxine possède un pouvoir thérapeutique. (Debré, R., Ramon, C., et Thiroloix, P. L.: *Progrès Med.* 824, mai 2, 1931.)

#### Le Bériberi en Cochinchine

En résumé, le bériberi est en Cochinchine en voie d'augmentation sensible; il est manifeste que son développement parfait en rapport avec l'usage de plus en plus répandu du riz usiné, fait par la population indigène. Bref, par ordre d'importance nosologique, le bériberi prend actuellement le septième rang dans la nomenclature de la morbidité; on voit aussitôt le véritable danger qu'il constitue en raison de sa gravité, la mortalité élevée qu'il en traîne et du pourcentage important de ses séquelles. En fin, à la polyclinique de Saïgon, il est encore noté que la bériberi tend à se développer. En 1925, 1,167 cas; en 1926, 1,279 cas; en 1927, 1,301 cas; en 1928, 1,808 cas.

En 1927, les pays de l'Union indochinoise signalaient 2,456 bériberiques qui, pendant l'année, avaient été hospitalisés dans les formations de l'assistance. En 1928, le nombre des hospitalisés a été de 3,669. La Cochinchine compte à elle seule presque tous les bériberiques déclarés en Indochine. Aussi une enquête

approfondie a-t-elle lieu, à l'effet de déterminer les causes de cette affection et les moyens d'y remédier. Il n'a pas été difficile de remarquer que la recrudescence des cas de bérubéri, en 1928, provenait surtout de l'augmentation très sensible des cas dans les provinces de l'ouest de la Cochinchine, tandis que le chiffre des hospitalisations dans les établissements des provinces de l'est restait sensiblement le même que les précédentes. Or, les provinces de l'ouest sont riches et les indigènes, en dehors de leur riz, y ont une alimentation vitaminée suffisante. On a donc été amené à lier l'extension progressive des décortiqueuses mécaniques qui dépouillent complètement le paddy de sa farine et fournissent à l'indigène un riz poli, d'aspect plus appétissant que celui grossièrement décortiqué au pilou. En tout cas, ce riz, sans parler de la forte température à laquelle il a été porté dans les décortiqueuses mécaniques, ne contient pour ainsi dire que de l'amidon; en tout cas, il est dangereux pour un mangeur exclusif de pareil aliment dont l'organisme carencé résiste moins bien aux infections et intoxications. Il a été noté, comme précédemment, que le bérubéri sec est la forme la plus commune; la forme humide est plus rare avec des oedèmes pourtant moins considérables que dans la néphrite hydropigène. C'est parmi ces malades que l'on constate les complications cardiaques parfois foudroyantes. Les médecins ont encore observé sa rareté chez l'enfant et son développement fréquent chez la femme enceinte, surtout au dernier mois de la grossesse. Le traitement qui a encore donné des résultats satisfaisants est celui préconisé par Noël Bernard; il consiste à stimuler l'activité stomacale et à suppléer à l'anachlorhydrie par la limonade chlorhydrique, à assurer et à maintenir l'exonération intestinale par les laxatifs et purgatifs, à supprimer ou à réduire fortement les aliments amidonnés et à les remplacer par des aliments vitaminés (viande, poisson frais, légumes verts, fruits). Les symptômes nerveux ont été traités avec un certain succès par la strychnine plus particulièrement.

Enfin, par une circulaire spéciale, le gouverneur de la Cochinchine a préconisé l'usage du riz incomplètement décortiqué, suivant la formule suivante; riz blanchiment Java avec 5 pour cent de brisures au maximum et à moins de 4 pour cent d'extraction de farine. Dans certaines plantations, la substitution de ce riz au riz blanc ou au mélange du riz blanc et du riz rouge a donné des résultats très satisfaisants, mais l'expérience est encore de trop courte durée pour que l'on puisse se baser sur les résultats acquis. (*Ann. Méd. & Phar. Col.* 613-620 (oct.-déc.) 1930.)

#### La Chirurgie à la Guadeloupe

En somme, selon Clément, la Guadeloupe est un champ d'activité chirurgicale encore en friche qui bénéficierait de la création d'un centre opératoire moderne, lequel ne saurait être mieux situé qu'au Camp-Jacob dont le climat tempéré facilite l'opération et ses suites. La forme la plus commune de l'éléphantiasis est la "grosse jambe." L'auteur a tenté plusieurs fois, sans résultat appréciable, l'opération de Kondoléon. Il a vu 2 cas d'éléphantiasis vulvaire, 1 cas d'éléphantiasis pénien pur, traité par amputation; 1 cas d'éléphantiasis scrotal de faible volume. Le cancer utérin et du sein est rare. Clément a vu seulement 6 cas et 3 cas, respectivement. (Clément; *Ann Méd. & Phar. Col.* 605 (oct.-déc.) 1930.)

*La maladie.*—Étant reconnu que la maladie n'est point un châtimeut il est reconnu en même temps qu'elle ne dépend d'aucune cause finale. De but, elle n'en a point; elle est un résultat des conditions d'existence au milieu desquelles nous sommes placés. Améliorons ces conditions et la maladie diminue; empirons-les, et elle augmente. Ce qu'on peut ainsi diminuer ou augmenter, évidemment n'est pas un châtimeut.—LITTRÉ.