

clinique et les méthodes de laboratoire, absence d'autres facteurs, sénilité, syphilis, tuberculose, artériosclérose, hypertension artérielle, susceptibles d'expliquer les accidents cérébraux chez un mélitococcique. Les localisations encéphaliques aggravent le pronostic de la mélitococcie: elles peuvent entraîner des troubles moteurs définitifs, ou même être l'occasion de la mort. La guérison complète peut toutefois s'observer. Le traitement est surtout celui de l'infection causale, auquel on adjoindra les indications spéciales tirées soit des symptômes, soit du processus anatomique en cause (artérites, spasmes vasculaires, etc.). La moelle est rarement atteinte par la mélitococcie. On peut observer exceptionnellement une myélite aiguë rapidement mortelle, première ou unique manifestation d'une mélitococcie à forme médullaire, plus souvent une myélite tardive réalisant un tableau de paraplégie spasmodique plus ou moins durable. Enfin de petits signes pyramidaux établissent parfois la participation discrète de la moelle à un processus surtout méningé ou méningoradiculaire. Le traitement est celui de l'infection mélitococcique. On pourra y associer une médication analogue à celle que l'on emploie dans les infections neurotropes, injections d'uroformine, de septicémine, d'iodaseptine, d'arsylène, voire même de salicylate de soude. Parmi les complications nerveuses de la mélitococcie, une place à part doit être réservée à la radiculonévrite avec réaction méningée intense, se traduisant par une paraplégie flasque plus ou moins curable. Quelques petits signes médullaires et parfois une complication méningée ou cérébrale permettent de parler, dans certains de ces cas, d'une véritable névrite mélitococcique. Parmi les algies périphériques de la mélitococcie, la sciatique apparaît certainement comme la plus fréquente. Quelques auteurs signalent de-ci de là quelques cas de névralgies intercostale, radiale, circonflexe, mais la sciatique occupe de beaucoup la première place des complications névritiques de cette infection.

L'Acétylarsan dans la Syphilis

De son étude, Lamouroux³ croit possible de tirer les conclusions suivantes: Le test clinique montre que l'acétylarsan est, dans la plupart des cas, un "excellent" médicament d'assaut, qu'il cicatrise rapidement chancre et accidents secondaires, qu'il active l'élimination et la cicatrisation des gommés. Pour les accidents viscéraux et nerveux vis-à-vis desquels la valeur thérapeutique des médicaments est plus difficile à constater, il s'est montré extrêmement intéressant dans bien des cas. C'est aussi un "médicament d'entretien," joignant à son action spirillicide une indéniable action eutrophique. Il pourra à ce point de vue être utilement conjugué avec un traitement mercuriel ou bismuthé. Le test sérologique montre l'action efficace de ce médicament sur les courbes du Wassermann ou du Vernes. A la période présérologique, la sérologie peut rester négative. A la période sérologique, l'allure descendante de la courbe est sensiblement égale à celle obtenue avec les arsénobenzènes. Le test bactériologique, utilisable seulement pour la syphilis primaire et secondaire, a toujours montré la disparition des tréponèmes dès la deuxième semaine du traitement. La réactivation du Bordet-Wassermann est obtenue régulièrement par l'acétylarsan. C'est un médicament de tolérance parfaite admirablement supporté par des sujets exempts de tares générales, aussi chez les cardiaques, les hypertendus et les traumatisés du crâne. La tolérance est particulièrement remarquable chez les tuberculeux pulmonaires grâce à la toxicité extrêmement minime du médicament. Il faut employer l'acétylarsan à doses assez prolongées: 20 injections au moins pour les syphilis évolutives.

³ Lamouroux, René: Marseille-Méd. 66: 659 (nov. 25) 1929.