

d'après l'expression de Delbet, incompatible avec la guérison. La question des ganglions est une grosse question: on a beau les traiter avant ou après la lésion initiale par chirurgie, par radium ou par rayons X, on n'est jamais sûr de guérir que quand ils ne sont pas cancéreux. L'avènement de la télécuriethérapie avec de fortes doses de radium (4 grammes à l'Institut du radium), va peut-être modifier ce concept pessimiste. Mais il faut plus d'expérience et un recul de temps suffisant pour avoir une opinion définitive. Le traitement de la lésion primitive et des ganglions simultanément par des foyers internes et externes, ainsi que le fait de Nabias systématiquement, paraît améliorer les résultats. Il nous faut encore attendre pour juger.

#### Mélitococcie Suraiguë Mortelle

Les auteurs <sup>5</sup> ont vu évoluer en six jours vers la mort une mélitococcie dont le tableau clinique simulait en tous points, celui de la granulie. Seule la notion d'origine du malade (qui arrivait d'un foyer avéré d'endémie maltaise) permit par hémoculture, de rétablir, post-mortem, le diagnostic.

#### Fièvre Ondulante de Longue Durée

Les auteurs <sup>6</sup> rapportent la longue observation d'une mélitococcie d'une durée de plus de onze mois, ayant déterminé des lésions ostéo-articulaires tenaces au niveau de la colonne dorso-lombaire et de l'articulation sacro-iliaque gauche, le tout avec phénomènes douloureux intenses entraînant une impotence complète du train postérieur. Après échec de la vaccinothérapie associée à l'actinothérapie infra-rouge, la guérison a été obtenue rapidement par une série d'injections intraveineuses de trypaflavine (gonacrine). Les auteurs signalent comme particularités l'existence d'une hyperalbuminose rachidienne de 1.10 gm. Après plusieurs échecs, ils ont obtenu une hémoculture positive au vingt-quatrième jour de la maladie.

#### Fièvre Ondulante Traitée par la Gonacrine

Des deux observations des auteurs <sup>7</sup> l'une est un succès net de la médication gonacrinique qui, après échec de la vaccinothérapie a amené rapidement la guérison définitive. Dans le deuxième cas, le traitement prématurément interrompu a entraîné une longue phase de régression suivie d'une reprise du cours morbide.

#### Le Cœur dans la Diphtérie

La connaissance du mode de production des troubles cardiaques au cours de la diphtérie dicte les indications thérapeutiques et laisse prévoir que le traitement peut et doit être surtout préventif.<sup>8</sup> Le médecin dispose en effet d'une arme merveilleuse contre l'intoxication diphtérique et l'apparition relativement tardive des accidents cardiaques graves lui laisse tout le temps d'en user; s'il n'a pu le faire et des troubles cardiaques surviennent, les armes ne lui feront pas défaut, mais il sera souvent trop tard pour remédier la profonde intoxication du myocarde. Le traitement préventif est essentiellement sérothérapique et les règles se résument dans la formule de Lereboullet: "Il faut frapper vite, fort et longtemps." Le tout est de s'entendre sur la signification de ces mots; que l'on doive injecter du sérum dès qu'une angine est seulement suspecte, c'est là une notion admise de tous; mais la question des doses reste un point difficile d'autant qu'il paraît y avoir actuellement quelque chose de changé dans les résultats de la sérothérapie.

<sup>5</sup> Duchamp, Janbon, M., et Gondard, L.: Gaz. Hôp. 102: 468 (mar. 23) 1929.

<sup>6</sup> Janbon, M., et Duponnois, J.: Gaz. Hôp. 102: 468 (mar. 23) 1929.

<sup>7</sup> Lisbonne et Aubert: Gaz. Hôp. 102: 468 (mar. 23) 1929.

<sup>8</sup> Perrimond, G.: Marseille Méd. 66: 193 (fév. 5), 1920.

En l'espace d'une vingtaine d'années, la dose de sérum à injecter s'est augmentée dans la proportion de 1 à 6. Cette augmentation des doses n'est pas légitimée par le seul désir d'éviter mieux les accidents tardifs graves; elle paraît correspondre surtout à une moindre efficacité du sérum ou à une plus grande résistance de la maladie. On doit actuellement admettre la posologie de Lereboullet: dans les formes communes 360 à 480 cc. de sérum ordinaire ou 60 à 120,000 unités de sérum purifié en trois ou quatre jours; dans les formes graves: 200 cc. de sérum ordinaire par jour jusqu'au total de 1,000 à 1,200 cc. A cette sérothérapie massive il paraît très utile d'adjoindre systématiquement l'opothérapie surrénale par voie buccale ou hypodermique. Les indications générales comprennent la sérothérapie et des moyens accessoires. L'emploi de la sérothérapie a été discuté dans le traitement des accidents tardifs. Si l'enfant se présente à la période d'état sans avoir reçu de sérum, Challier conseille de faire immédiatement une injection intraveineuse de 40 cc. de sérum, dilué dans une quantité double de sérum physiologique, puis une injection de 40 à 60 cc. intramusculaire; les jours suivants on injectera de 60 à 150 cc. de sérum suivant l'âge de l'enfant; l'expérience ne nous a pas démontré les avantages à cette période de sérum purifié. Les moyens accessoires prennent ici une très grande importance; ils ne doivent jamais être négligés; l'opothérapie surrénale sera faite de préférence par voie sous-cutanée; on y joindra les injections d'huile camphrée matin et soir, de la caféine en potion et surtout les injections de strychnine à dose progressive. Les injections de sérum physiologique paraissent plus nuisibles qu'utiles. Les indications particulières sont très différentes suivant le type des accidents cardiaques.

#### La Vaccination Antivaricelleuse et ses Complications aux États-Unis

Le tétanos est la complication post-vaccinale qui, aux États-Unis, a causé le plus d'ennuis.<sup>9</sup> Ce tétanos post-vaccinal est typique et de caractère grave: 75 à 80 pour-cent des cas ont une issue fatale. Tous ceux, sur lesquels des recherches ont été faites, étaient consécutifs à une première vaccination positive; le début se produit ordinairement entre le 18<sup>e</sup> et le 24<sup>e</sup> jour après la vaccination. Des recherches récentes indiquent que la pratique, commune aux États-Unis, de fixer un tissu protecteur ou un pansement sur la région vaccinée joue un rôle déterminant dans cette complication, permettant à une infection accidentelle de la plaie de produire le tétanos. Dans chacun des 98 cas de tétanos post-vaccinal sur lesquels il y a eu enquête dans ces dernières années, le vaccin avait été recouvert d'un tissu protecteur quelconque ou d'un pansement. L'expérience a montré que les pansements favorisent nettement le développement du tétanos chez des singes et des lapins vaccinés avec un vaccin souillé de virus tétanique.

#### L'Effet Photographique des Corps Antirachitiques

Les auteurs<sup>10</sup> montrent que le noircissement du cliché photographique produit par la cholestérine et l'ergostérine activées au moyen des rayons ultra-violet, ne peut être dû à un rayonnement émis par ces corps irradiés. Il ne peut s'agir, comme la plupart des auteurs l'ont admis, que d'un phénomène de nature purement chimique (et non photo-chimique). L'intensité de l'effet photographique qui est maximum après dix minutes d'exposition à 40 centimètres d'un brûleur de 110 volts 6 ampères, peut servir de test physique pour s'assurer que les produits commerciaux dits irradiés et antirachitiques ont subi l'irradiation nécessaire. Les rayons X, comme les rayons ultra-violet, communiquent aux stérils le pouvoir d'agir sur la couche de gélatine bromure d'argent.

<sup>9</sup> Clark, Tallafiero: Bull. Off. Inter. Hyg. Pub. 21: 248 (fév.) 1929.

<sup>10</sup> Cluzet et Kofman, T.: Gaz. Hôp. 102: 361 (mar. 6) 1929.