

ville à l'autre, celle-ci n'est pas inférieure à un mois; si l'on pense au fait que l'éviction scolaire atteint en outre les frères et soeurs des malades, même en prenant en considération les cas qui se produisent avant l'entrée à l'école, on peut estimer qu'à elles deux, coqueluche et rougeole entraînent une perte scolaire moyenne pour chaque enfant qui n'est pas inférieure à un mois. Nous n'insisterons pas sur l'importance médico-sociale de la diphtérie et de la scarlatine, suffisamment reconnue de tous. Il est évident que la longueur de leur période de contagiosité et de l'exclusion scolaire qui en résulte (six semaines environ pour chacune) contre-balance dans une large mesure la moindre fréquence des cas cliniques reconnus. Une campagne de prophylaxie, même si en l'absence d'une immunisation active spécifique elle se borne à l'éducation des mères sur les moyens de prévenir les complications de la rougeole et de la coqueluche, ne peut être lancée et menée à bien que si l'on se rend pleinement compte de l'importance de ces maladies en temps que causes de mortalité, de morbidité et de séquelles pathologiques. (*Rapp Épid. Soc. Nat.*, mai-juin 1934.)

Traitement des Méningites

L'étude de Quérangal des Essarts, portant sur l'ensemble des cas de méningite cérébro-spinale observés et traités à l'hôpital maritime de Brest, de 1900 à 1932, montre l'efficacité réelle et constante de la sérothérapie. Avant le traitement par le sérum, à peine un quart des méningitiques guérissaient et le plus souvent après de graves complications ou avec des infirmités définitives. A partir de 1909, première année de la sérothérapie antiméningococcique, le pourcentage des guérisons s'est élevé à 70 où il s'est maintenu jusqu'en 1920, malgré une importante épidémie pendant la guerre; de 1920 à 1932, il atteint 78 pourcent. Les complications et les séquelles sont devenues rares; la durée de la maladie est notablement abrégée et la grande majorité des méningitiques ont pu reprendre après guérison une existence normale. Le grand nombre de vies humaines sauvées par la sérothérapie apporte la preuve de l'efficacité curative du sérum antiméningococcique. La proportion croissante des guérisons, à partir du début de la sérothérapie jusqu'à nos jours, prouve que son action n'a ni changé, ni diminué avec le temps. On peut alors s'étonner de voir l'efficacité de la sérothérapie remise en discussion dans un bon nombre de pays où les médecins se posent la question de savoir s'il est utile de continuer à injecter du sérum puisque malgré le traitement ils constatent des taux de 60 et même 80 pourcent de léthalité. Des résultats aussi discordants s'expliquent aisément: leur différence tient surtout à ce que dans le milieu civil, les hôpitaux ne reçoivent guère de méningitiques avant le cinquième jour de maladie, très souvent il s'écoulé une semaine depuis le début clinique et parfois même bien plus longtemps; ces malades traités beaucoup trop tardivement donneront peu de guérisons; alors que dans le milieu militaire, la majorité des cas sont traités dans les trois premiers jours et guérissent. La précocité de la mise en oeuvre du traitement est le facteur essentiel de toute sérothérapie. C'est de l'application de ce principe qu'il s'ensuit que les statistiques d'ensemble de la marine de guerre, concernant les résultats du traitement sérique de la méningococcie méningée, sont parmi les meilleures de toutes celles qui ont été publiées; elles apportent un pourcentage de 67.5 guérisons sur 564 cas, observés pendant 20 ans; le pourcentage rectifié des décès étant de 16.6. Les faits qu'on vient rapporter, l'étude détaillée d'une vaste documentation clinique, l'observation et le traitement des malades montrent que l'action de la sérothérapie dépend des conditions de son utilisation; ils mettent en évidence la nécessité d'un diagnostic précoce permettant un traitement immédiat par le sérum spécifique à des doses suffisantes et répétées jusqu'à ce que l'évolution des signes cliniques et les

modifications biologiques de liquide céphalo-rachidien aient permis de considérer la maladie comme terminée. (Quérangal des Essarts, J.: *Arch. Méd. & Pharm. Nav.*, 257, avril-juin 1934.)

Durée de l'Immunité Antidiphthérique

Les nouvelles recherches effectuées par Nélis en vue de préciser la durée de l'immunité acquise au moyen de la vaccination antidiphthérique par l'anatoxine, corroborent ses premiers résultats et confirment les données d'autres auteurs en les renforçant, à savoir que cette vaccination, lorsqu'elle a conféré l'immunité, maintient sans fléchissement aucun, le taux d'antitoxine dans le sang, ainsi que le témoigne la réaction de Schick. Un très petit nombre (3 pour-cent) d'enfants perdent leur immunité après 1 ou 2 ans; toutefois, les sujets vaccinés depuis 3, 4, 5 et 6 ans sont tous restés immunisés. La vaccination à l'anatoxine, convenablement exécutée, met donc le sujet à l'abri de la diphtérie d'une manière quasi définitive. (Nélis, P.: *Rev. Belge Sc. Méd.*, 267, av. 1934.)

L'Huile de Chaulmoogra dans la Lèpre

Les huiles du groupe chaulmoogrique jouent un rôle prépondérant dans la lutte contre la lèpre. Les savants du monde entier cherchent à déterminer quelles sont les espèces les plus intéressantes parmi les *Flacourtiacées* anti-lépreuses ainsi que les meilleures formes d'utilisation en thérapeutique des huiles extraites de leurs graines. Dans toutes les colonies françaises des efforts énormes sont faits pour arriver à une solution définitive du complexe problème du traitement de la lèpre. En ce qui concerne la fabrication de l'huile d'*Hydnocarpus wightiana*, l'Inde française se doit de conserver la position qu'elle a su acquérir. Dans la suite, si les recherches entreprises pour le traitement de la lèpre et peut-être aussi de la tuberculose au moyen des huiles de chaulmoogra démontrent la supériorité de l'huile d'*H. wightiana* sur les autres huiles, il est facile de concevoir que la production de cette précieuse drogue devra nécessairement être de plus en plus importante et pratiquement illimitée. C'est pourquoi il faut, comme l'écrivait en 1926, le Prof. Perrot "s'attacher tout d'abord à vaincre la pénurie d'huile, l'Amérique estimant à plus d'un million d'hectolitres la quantité d'huiles de chaulmoogra nécessaire à ses besoins actuels. C'est donc plusieurs centaines de mille tonnes de graines qu'il faudrait pour alimenter le marché mondial." (Bouillat: *Ann. Méd. & Phar. Col.*, 17, jan.-mars 1934.)

Les origines de la théorie de l'infection focale.—C'est Benjamin Rush, professeur de chimie et de médecine au Collège de Philadelphie, qui est (1801) le père de la théorie moderne de l'infection focale. Rush cite des cas de guérison de rhumatisme articulaire et autres affections chroniques après enlèvement de dents cariées. Après lui, Strickland de Baltimore, cite de nouveaux cas en 1803, ainsi que Hayden, également de Baltimore, en 1804, et Randall de Boston, en 1805. Les publications se suivent en Amérique, où la théorie de la "Focal infection" d'origine dentaire est progressivement admise par tout le monde. Durant la seconde moitié du XIX^e siècle, cette théorie traverse l'océan et trouve rapidement des adeptes en France et en Angleterre. Dès 1859, Chassaignac, dans son "Traité pratique de la suppuration," en parle avec preuves à l'appui. C'est encore Richet en 1865 qui, dans une courte note à la Société de Chirurgie de Paris, attire l'attention de ses confrères sur les complications d'intoxication putride consécutives aux interventions chirurgicales dans la cavité buccale. A partir de cette époque, la théorie de l'infection focale, déjà admise en France, fut étudiée, admise et appuyée par de multiples auteurs étrangers: Anglais, Russes, Italiens, etc.—FERNAND-G. EEMAN, *Rev. Belge Sc. Méd.* 744, déc. 1933.