

soit 49.8 pour-cent. Les consultations obstétricales et infantiles n'existent pas. La prophylaxie est en somme très peu développée. A la Guyane, les maladies vénériennes sont fréquentes, favorisées par l'alcoolisme et la liberté des moeurs. Le total des cas de syphilis observée en 1931 atteint 414. L'Institut d'Hygiène et de Prophylaxie utilise la méthode de Vernes. Il n'avait pu réaliser que 190 traitements en 1930: le progrès est sensible. Le nombre des séroflocculations pratiqués a été de 443. Les consultations prénatales sont encore à organiser. Aussi la mortalité est-elle élevée: 118 morts-nés pour 1,000 naissances, soit 11.8 pour-cent, sur lesquels un grand nombre est attribuable à la syphilis. A la Guadeloupe, la lèpre est très répandue, mais sa fréquence n'a jamais pu être chiffrée, même approximativement, la grande majorité des cas étant dissimulée par crainte de la séquestration. La prophylaxie qui reposait uniquement sur l'internement jusqu'en 1931 a reçu à la suite de la Mission Even-Léger une orientation nouvelle. Cette propagande, qui se propose avant tout de rétablir la confiance et de changer la mentalité, a déjà donné quelques résultats: 34 cas déclarés étaient en cours de traitement à la fin de l'année. Il n'existe qu'une léproserie. Elle est située à la Désirade, île rébarbative, dépourvue d'eau, d'accès souvent difficile. Elle abritait, fin 1931, 65 malades (29 hommes et 36 femmes). A la Martinique la situation est identique. La maladie y est aussi répandue et il n'y existe encore à l'heure actuelle qu'un embryon de prophylaxie; 5 lépreux ont été traités au préventorium colonial. Sur 37 examens de mucus nasal la bacille de Hansen a été trouvé 7 fois au laboratoire de l'Institut d'Hygiène et de Prophylaxie et sur 13 examens 4 fois au préventorium colonial. En Guyane, le recensement des lépreux n'a pas été fait; c'est dire que la prophylaxie est restée inopérante. Le seul progrès réalisé en 1931 a consisté dans la nomination d'une Commission permanente de la lèpre. Elle a déjà obtenu que tous les enfants des écoles soient munis d'une fiche sanitaire. Le traitement ambulatoire des lépreux libres est assuré à Cayenne par l'Institut d'Hygiène et de Prophylaxie; 68 malades y sont venus plus ou moins régulièrement. L'isolement est réalisé dans deux léproseries du type ancien. L'une ne reçoit que l'élément pénal à l'îlot Saint-Louis, l'autre est réservée à la population libre à l'Acarouany. La léproserie de l'îlot Saint-Louis comprenait 29 lépreux le 31 décembre 1931; la léproserie de l'Acarouany: 79, soit 49 hommes et 30 femmes. Sur ces 79 lépreux, 5 sont d'origine européenne, 55 d'origine coloniale française et 19 d'origine étrangère. A Saint-Pierre et Miquelon aucun cas de lèpre n'a été signalé. (Marque: *Ann. Méd. & Phar. Col.*, 123, av.-juin 1933.)

Thérapeutique de la Fièvre Ondulante

Selon Plazy et Germain, aucune thérapeutique nettement efficace n'existe à l'heure actuelle pour la mélitococcie. Les divers traitements essayés ont pu donner des résultats favorables, mais ces résultats sont loin d'avoir été toujours constants. D'ailleurs à la lecture de certaines observations, on s'aperçoit que le traitement auquel la guérison de la maladie est attribuée, fut commencé à une époque tardive (2 à 3 mois), époque à laquelle la mélitococcie a une tendance naturelle à s'éteindre. C'est encore la vaccinothérapie qui paraît le mode de traitement le plus rationnel et on pourrait attribuer ses insuccès à sa modalité d'application: n'aurait-on pas tendance à employer des doses d'auto-vaccin trop faibles par crainte d'une réaction générale un peu violente? Le succès incontestable que l'auteur a obtenu par l'emploi d'une dose massive et unique de vaccin sensibilisé (6 milliards de corps microbiens en une seule injection) l'incite à le croire. Le principe vite et fort paraît applicable ici. Quoi qu'il en soit, avant d'affirmer l'action certaine d'une médication dans la mélitococcie, il sera bon de

ne tenir compte que des cas où la thérapeutique aura été précocement commencée et d'attendre, avant de conclure à la guérison, qu'une longue période d'apyrexie se soit établie, car on a vu des ondes fébriles revenir-après des rémissions franches de trois semaines à un mois. (Plazy et Germain: *Arch. Méd. & Phar. Nav.*, 24, jan.-mars. 1933.)

La Dératisation à Marseille

La Conférence sanitaire internationale réunie à Paris en 1903 réglementa pour la première fois les questions concernant la dératisation et fut suivie en France de la promulgation d'un décret qui rendit obligatoire "la destruction des rats de navire avant ou après le déchargement de la cargaison". De nombreuses modifications ont été apportées à ce décret et Rech cite les articles du décret du 8 octobre 1927 relatifs à la destruction des rats. Les principaux ports sont officiellement désignés pour procéder à la dératisation et délivrer aux navires des certificats de dératisation ou d'exemption. Un Service de dératisation fonctionne à Marseille depuis 1907; l'auteur en expose dans les moindres détails tout le mécanisme et son action dans la ville, sur les quais, sur les navires; puis, il étudie les divers procédés de dératisation actuellement en usage: procédés physiques, procédés chimiques et appareils de dératisation. La chloropicrine associée à l'anhydride sulfureux paraît actuellement le procédé de choix, le seul qui permette de dératiser complètement un vaisseau cuirassé; ce gaz est de plus peu coûteux et sans danger pour l'opérateur. Cependant, si efficaces que soient les procédés chimiques employés, il est nécessaire, si l'on veut sortir vainqueur de la lutte contre les rats, d'employer les méthodes naturelles qui consistent à les atteindre dans leur moyens d'existence en les privant de logement et de nourriture; c'est le système américain "rat-proof" qui est en quelque sorte la méthode prophylactique, dont l'efficacité se vérifie ici encore. L'auteur conclut de son étude que tous les procédés de dératisation étant actuellement connus, la lutte contre les rats effectuée par l'administration sanitaire maritime ne pourra aller que s'intensifiant, afin d'éviter les multiples inconvénients d'une liberté commerciale contraire à la protection de la santé publique. (Rech, François: Thèse de doctorat en médecine, Marseille, 1932.)

Hérédité de la couleur des yeux.—La couleur des yeux est un des caractères somatiques le plus fidèlement transmis par l'hérédité. L'hérédité paternelle domine dans 19.5 pour-cent des cas. La "dominance" appartient à l'hérédité maternelle 39 fois sur 100. On rencontre l'hérédité mixte 29.3 fois sur 100. L'absence d'hérédité paternelle ou maternelle s'observe 12.2 fois pour-cent. Quant aux rapports de l'hérédité avec l'évolution pubertaire de la couleur des yeux, étudiée précédemment par l'auteur, 80.5 sur 100 adolescents présentent dès 13 ans les couleurs héritées, qui se stabiliseront à 18 ans; et 19.5 pour-cent offrent des alternances d'hérédité maternelle et d'hérédité paternelle qui se termineront par la "dominance" définitive de l'une d'elles ou par leur fusion en une hérédité "mixte".—PAUL GODIN, *Gazette des Hôpitaux*, 1018, juillet 8, 1933.

La médecine populaire en Haïti.—Y a-t-il une idée directrice dans la pratique médicale de nos paysans? Je l'admettrais volontiers. Ils se trompent nécessairement et fort souvent et il y a certainement mieux que cette pratique surannée. Mais leur thérapeutique à sa logique: elle combat les symptômes et particulièrement ceux qui parlent haut. Il n'y a pas si longtemps que nous faisons autant. Nos paysans connaissent leurs plantes et parmi eux, tout charlatanisme écarté, il s'en rencontre qui étonnent par leur expérience des remèdes du pays.—FOURON, *Les Annales de Médecine Haïtienne*, jan.-fév. 1933.