

teuse, à part les vomissements passagers signalés dans la deuxième observation à la suite de la deuxième injection (8 cent. cubes à 2 pour-cent). Des agents cliniques mis à notre disposition pour le traitement des septicémies, les sels d'acridine comptent certainement parmi les plus actifs. Dans cet ordre d'affections, il n'est pas de médication que ne comporte d'échecs et l'acridinothérapie ne fait évidemment pas exception à cette règle. Mais des observations vraiment saisissantes en attestent l'efficacité et, malgré les réserves à faire au sujet de sa toxicité, c'est une méthode plein d'avenir qui nous permettra de parer aux dangers de ces redoutables infections. Néanmoins, c'est une arme que doit être maniée avec prudence, en surveillant périodiquement par des analyses cliniques la valeur fonctionnelle des reins et du foie. (Le Chuiton, et Négrié: *Arch. Méd. & Phar. Nav.* 5, (janv-mars) 1931.)

Culture de l'Hématozoaire

Peltier, au cours d'une mission aux Indes, voit employer fréquemment une méthode de culture des hématozoaires; le sang défibriné est mis dans une solution de dextrose à 50 pour-cent. Des expériences faites à son retour en France il conclut que la recherche de l'hématozoaire est plus aisée par cette méthode, il y aurait un véritable enrichissement. Le *Plasmodium falciparum* est celui qui se cultive le mieux. L'auteur note également la persistance de microfilaires vivantes pendant 48 heures dans ce même milieu. (Peltier; *Rev. Prat. Mal. Pays Chauds* 205, mai, 1931.)

L'Intra-Dermoréaction Trachomateuse de Tricoire

L'intra-dermoréaction de Tricoire pour le diagnostic biologique du trachome s'effectue comme suit: pour préparer l'antigène trachomateux, "on prend des granulations trachomateuses, que l'on dilue en les triturant avec dix fois leur volume de solution physiologique. Le mélange est mis à l'étuve à 37° pendant deux semaines et centrifugé. Le liquide, après centrifugation, est dilué d'un volume égal de solution physiologique et à chaque 10 centimètres cubes l'on ajoute deux gouttes de teinture d'iode. Cet antigène est injecté à la dose de 0.25 cc. dans le derme de la face externe du bras. En cas de réaction positive, on observe au bout de 48 heures une papule rouge et indolore. Si la réaction est négative, le produit injecté se résorbe sans traces." Velot vient de faire 500 fois l'application de la méthode chez des trachomateux, enfants ou adultes, indigènes, Français nord-africains ou étrangers, lymphatiques ou non; une seule fois chez certains; plusieurs fois, à intervalles plus ou moins longs, à des périodes différentes de la maladie, chez d'autres; chez des trachomateux syphilitiques, chez des syphilitiques non trachomateux, chez des porteurs de conjonctivites diverses non spécifiques, enfin, chez des sujets à état palpébral absolument sain. L'antigène a été constamment préparé d'après les indications données par Tricoire, mais avec des granulations de provenances différentes du fait des 18 mois qu'a duré l'expérimentation. Le tableau suivant indique les résultats: Trachomateux examinés, 400, réactions positives 237, soit 59 pour-cent; non trachomateux examinés, 100, 52, 52; enfants trachomateux, 250, 153, 61; adultes trachomateux, 150, 84, 56; indigènes trachomateux, 300, 190, 63; trachomateux non indigènes, 100, 47, 47; trachomateux syphilitiques, 38, 26, 68; syphilitiques non trachomateux, 10, 7, 70; conjonctivites aiguës à bacille de Weeks, 74, 29, 39; conjonctivites aiguës ou sub-aiguës non spécifiques, 24, 11, 46. Ainsi, d'une façon générale on constate des pourcentages sensiblement analogues, qu'il s'agisse de trachomateux, à quelque période que ce soit de la maladie, ou de sujets sains, et parmi les trachomateux des proportions équivalentes de cas négatifs et de cas positifs. De plus, répétée mensuellement chez trois trachomateux sur différents stades de l'évolution vers la cicatrisation, c'est-à-dire vers la guérison clinique, chez deux

trachomateux granuleux non traités, la réaction a été tout à fait inconstante, se montrant tantôt positive, tantôt négative. D'autre part, signalons le pourcentage approximatif de 70 pour-cent chez les syphilitiques, qu'ils aient été trachomateux ou non, ceci pour faire un rapprochement entre cette introduction intra-dermique d'albumine qu'est la réaction de Tricoire et une autre intra-dermoréaction, celle-ci à protéine non spécifique, la réaction de Dujardin et Descamps pour l'étude du pronostic de la syphilis. (Belot, B.: *Arch. Med. & Phar. Nav.* 19, (janv.-mars) 1931).

La Lutte contre la Lèpre

La prophylaxie de la lèpre n'est pas un problème susceptible d'une solution simple; les moyens à employer varient avec les conditions géographiques, économiques, administratives, financières et sociales et avec la fréquence de la maladie. Dans l'état actuel de nos connaissances, le moyen d'action le plus important est le traitement appliqué par un personnel spécialement formé. Si l'on n'organise pas un traitement suffisant, à la fois thérapeutique et prophylactique, la seule arme disponible est la ségrégation obligatoire. La ségrégation peut de plus en plus être mitigée, lorsqu'elle est complétée par ce que les médecins français ont appelé "le traitement libre de la lèpre." Le traitement général comporte un ensemble diététique, médico-chirurgical et même mental, destiné à augmenter la résistance du lépreux. Le traitement spécial consiste essentiellement dans l'administration du chaulmoogra. La prophylaxie de la lèpre est réalisable par un ensemble de mesures médicales, éducatives, législatives. Les progrès réalisés rendent nécessaire une réforme des règlements, dont l'ancien esprit, surtout administratif et policier, doit faire place à un esprit médical et social, avec, comme base du contrôle, le diagnostic précoce. Dans beaucoup de pays, l'ignorance et les préjugés font encore obstacle à la prophylaxie, et l'opinion publique oscille entre l'indifférence et la phobie aveugle. On doit répandre dans le public la notion que la lèpre est une maladie contagieuse, mais modifiable par le traitement et même curable. Et le rapporteur donne son avis autorisé sur le fonctionnement des dispensaires, la nécessité d'une surveillance des guéris, la séparation dès la naissance des enfants nés de parents lépreux et sur le mariage des lépreux. (Burnet: *Marseille Méd.* 254 (25 août) 1931.)

Syphilis et Pian

Les rapports entre la syphilis et le pian ont de tout temps préoccupé l'opinion médicale. Les tréponèmes de Castellani et de Schaudinn sont morphologiquement identiques; les épreuves d'immunité croisée, récemment reprises au laboratoire de Manille, sont en faveur d'une immunité de groupe; les réactions sérologiques dans le pian donnent des résultats parallèles à ceux obtenus dans la syphilis. D'où l'hypothèse d'une source nosologique commune. Cependant les différences s'établissent dès la période primaire: le chancre pianique présente des caractères nettement opposés à ceux du chancre syphilitique. Les lésions secondaires du pian, par leur aspect framboesiforme, s'offrent avec un monomorphisme typique qui s'oppose au polymorphisme de la syphilis secondaire. Les lésions tertiaires du pian (gommes, ulcères, ostéites) paraissent devoir être admises; par contre, le goundou, la gangosa, les nodosités juxta-articulaires ne sont pas des syndromes communs à plusieurs maladies. Le pian quaternaire est douteux; il n'est signalé comme possible qu'aux îles Fidji, à Samoa, à Haïti. Le pian héréditaire n'est pas démontré. Les conditions climatiques, raciales, géographiques, historiques n'apportent que des interprétations hypothétiques. En résumé, pian et syphilis doivent, en clinique comme en épidémiologie, être considérés comme deux entités morbides nettement distinctes. (Toulee, F. L.: *Marseille Méd.* 258 (août 25) 1931.)