

## Dysenterie Bacillaire chez le Nourrison

Le syndrome dysentérique est relativement fréquent chez les nourrissons à Bahia. L'auteur avait déjà attiré l'attention sur ce point en 1917, alors qu'il avait la charge de l'Institut de Protection et d'Assistance de l'Enfance. D'après les examens bactériologiques portant sur 66 cas, dont 32 au-dessous de deux ans, le bacille Y de Hiss-Russel serait le plus fréquemment rencontré; vient ensuite le bacille de Flexner; le bacille de Schiga-Kruse serait très rare à Bahia. Quant à la dysenterie amibienne, elle est exceptionnelle. Au point de vue thérapeutique, Martagão Gesteira commence par un purgatif au sulfate de soude. Quand le cas est grave, il fait des injections de sérum antibacillaire. Le bactériophage de d'Hérelle a été administré également avec succès. Après une diète hydrique de 12 heures, on réalimente faiblement le nourrisson. Si l'on peut disposer de lait féminin, on lui donne la préférence. De toute façon, on prévient la déshydratation en augmentant la quantité des liquides ingérés. (Gesteira, M.: *Revue Sud-Américaine Méd. & Chir.* 98 (janv.) 1931.)

## La Fièvre Exanthématique du Littoral Méditerranéen

Mazet adresse la relation de 57 cas qu'il a eu l'occasion de recueillir dans la région niçoise. Au point de vue étiologique, il met en évidence le rôle du chien; deux seulement ne reconnaissent pas cette origine. Il s'agit de possesseurs de chats vagabonds fréquentant des chiens de rencontre. La considération d'une épidémie de vallon, le long d'un cours d'eau peuplé de rats, autorise Mazet à envisager le rôle du rat comme réservoir possible de virus. Il se demande si l'infestation du chien n'aurait pas lieu, à partir de ces rats, par l'intermédiaire de moustiques, hôtes habituels des lieux humides. La contamination humaine se fait alors, à partir du chien par l'intermédiaire des parasites particuliers à cet animal: tique commune (*Ixodes ricinus*), *Rhipicephalus sanguineus* (A. Raybaud, Conseil). Les cas de Mazet dont l'agent a pu être repéré sont dus à *Ixodes ricinus*. Au point de vue clinique, Mazet porte toute son attention sur l'escarre initiale et l'asthénie. Il a, en effet, rarement rencontré les algies si vives notées dans les cas marseillais et qui autorisent la dénomination évocatrice de fièvre boutonneuse arthromyalgique. Il n'a pas noté de différence dans l'exanthème avec les manifestations définitivement classées par Olmer. L'escarre de Piéri et Brugeas retient plus son attention. Elle s'est montrée, dans la pratique de Mazet, assez inconstante. Il ne la retrouve que dans 20 pour cent des cas, ce qui est en effet bien peu. Cette inconstance n'enlève rien à la valeur incontestable de ce signe. L'asthénie, déjà bien décrite dans ses manifestations somatiques, a paru mériter une étude plus longue au point de vue psychique.

Piéri insiste sur la valeur sémiologique de l'escarre qu'il faut chercher et que l'on rencontre alors dans plus de 60 pour cent des cas de fièvre exanthématique. Les recherches sérologiques ne présentent actuellement que peu d'intérêt et, étant donné le grand nombre de souches de *Proteus* ne peuvent donner de renseignements bien certains. Il faudrait au contraire expérimenter sur le singe, faire des recherches d'immunité croisée avec les différentes autres affections voisines de la fièvre exanthématique, en particulier avec la fièvre boutonneuse décrite en Tunisie. A propos de cette affection, il semble qu'il existe une raison clinique de la séparer de la fièvre marseillaise, car la fièvre tunisienne présente une éruption à prédominance palmo-plantaire. Lherminier attribuerait plus de valeur aux recherches sérologiques le jour où elles seraient pratiquées avec une technique uniforme sur les mêmes souches de *Proteus*. On a

pu incriminer d'autres réservoirs de virus que le chien. En particulier, on a observé, sur des navires de l'escadre, en rade de Toulon, quelques cas de fièvre exanthématique alors que ces navires venaient d'être dératés et que les nouveaux rats qui venaient les occuper étaient d'origine terrestre. Si la contagion de l'homme par le chien, grâce à un hôte intermédiaire, la tique du chien, est démontrée, nous ignorons ce que devient le virus et comment se fait la transmission de celui de l'homme au chien. Arnaud rapproche certains faits que se produisent au sujet de la piqûre d'abeille. Celle-ci ne détermine une escharre, bien que l'aiguillon reste toujours dans la plaie, que durant certaines saisons de l'année, au moment où les ouvrières détruisent les mâles. (*Marseille Méd.*, 287 (nbre. 25) 1930.)

#### Scarlatine a Rosario

Argonz a eu l'occasion de suivre, à Rosario de Santa Fé, une épidémie de scarlatine ayant débuté au printemps de 1929 pour s'éteindre vers la fin de l'été 1930 (octobre à février). Il n'a pas recueilli moins de 145 observations. Âges extrêmes des malades: trois mois, 51 ans. La répartition se rapporta presque toujours à l'enfance. Comme on pouvait s'y attendre, la contagion et la gravité ont sévi surtout dans les milieux pauvres et surpeuplés (tandis si communs dans les grandes villes de l'Amérique du Sud). Sur 26 cas de scarlatines graves, 16 qui furent traités par le sérum antiscarlatineux se terminèrent trois fois par la mort (19 pour cent), tandis que 10 non traités par le sérum ont donné le même nombre de morts (30 pour cent). Outre les cas nets de scarlatine avec tous les symptômes, quatre angines scarlatineuses graves *sans exanthème* ont été relevées. Les scarlatines de moyenne intensité furent les plus nombreuses: 102. Dans ce groupe, le sérum antiscarlatineux semble avoir été efficace. Après une injection de 20 centimètres cubes, la fièvre tombait dès le lendemain, le pouls se ralentissait, l'éruption pâlisait et l'état général s'améliorait. Par contre, chez les scarlatineux non traités par le sérum, la fièvre se maintenait pendant quatre à six jours, l'éruption ne pâlisait pas, la tachycardie persistait et les signes d'intoxication ne disparaissaient pas. On ne constatait pas d'amélioration avant le quatrième ou le cinquième jour et parfois même la scarlatine devenait grave. Le sérum n'a pas été employé dans les formes bénignes qui guérissent par le régime et une bonne hygiène. Parmi les complications, il faut citer en premier lieu les glomérulo-néphrites survenues 15 fois, deux chez les malades traités par le sérum, et 13 chez les malades non soumis à ce traitement. Guérison dans les 15 cas. La cause de cette complication bien connue et très redoutée est attribuée à mauvais régime et à un repos au lit insuffisant. Au total, 51 complications ont été enregistrées. On peut les répartir ainsi chez les deux groupes de malades traités ou non par le sérum: 75 malades traités par le sérum, 21 complications (28 pour cent); 70 malades non traités par le sérum, 30 complications (42 pour cent). Le sérum antistreptococcique des Dick a été employé avec ou sans le sérum antistreptococcique ordinaire. Sur les 75 malades traités par le sérum, 3 seulement sont morts (4 pour cent); sur les 70 autres malades, 6 sont morts (8.50 pour cent). Argonz conclut: La mortalité a été moindre dans la série des 145 malades, chez les scarlatineux traités par le sérum, que chez les autres. Ces derniers, de plus, ont fourni plus de cas compliqués et plus de complications graves. Il faut employer l'antitoxine diphtérique chez les enfants de moins de cinq ans non vaccinés et chez tous ceux, sans distinction d'âge, que présenteraient une angine à fausses membranes. (ARGONZ, J.: *Rev. Sud-Amér. Méd.* 198 (fév.) 1931.)