

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