

sentent aucune amélioration permanente. Cependant, sur 72 sujets post-encéphaliques qui furent emprisonnés pour infraction aux lois pendant la période du 1^{er} avril 1925 au 31 mars 1927, 54, ou n'ont éprouvé aucun effet néfaste de l'emprisonnement, ou se sont définitivement améliorés. C'est surtout pour répondre aux besoins de cette classe si difficile de post-encéphaliques que la loi sur les anormaux mentaux (*Mental Deficiency Act, 1913*) a été amendée en 1927. On espère que l'amendement de la loi permettra d'interner un plus grand nombre de sujets de la classe dont il vient d'être question qu'il n'était possible de le faire auparavant, et qu'ils recevront les soins et la surveillance nécessaires dans l'un des instituts spéciaux de Board of Control.

L'Organisation de la Lutte contre la Syphilis Héréditaire en U. R. S. S. (Russie)

Pour lutter contre la syphilis héréditaire en U. R. S. S., il y a d'abord les hôpitaux et les dispensaires (au nombre de 287), où le traitement est pratiqué gratuitement, puis les Consultations spéciales (au nombre de 303) pour les femmes enceintes où un diagnostic clinique et sérologique est porté dans tous les cas.³ Les femmes enceintes reconnues infectées sont soumises à un traitement continu, en alternant le salvarsan, le mercure et le bismuth. Les enfants, issus de syphilitiques insuffisamment traités, sont surveillés et traités pendant le temps nécessaire. Enfin, des cours de perfectionnement sont organisés pour les médecins et pour les sages-femmes afin que tous aient une connaissance approfondie de la syphilis héréditaire. L'auteur montre l'importance de la Loi de 1923, qui prévoit des peines pour les sujets infectés transmettant le mal à des personnes saines, et de la Loi de 1927, qui rend obligatoire le traitement des syphilitiques.

La Curiethérapie et la Roentgenthérapie du Cancer en France

Pouey⁴ dit qu'en présence de la diversité des traitements appliqués au cancer on reste quelque peu perplexe quand il s'agit de décider quelle est la meilleure technique. On guérit les cancers très radiosensibles avec une technique apparemment imparfaite: On a vu des observations dans lesquelles il a suffi d'une petite dose donnée uniquement par des foyers internes pour guérir un cancer du col de l'utérus. Malheureusement nous n'avons pas de guide sûr pour pouvoir diagnostiquer ces cas radiosensibles. La dose de 40 m. c. d. est une dose omnibus. Pour guérir le cancer, a-t-on dit, il faut que le curiethérapeute applique le principe chirurgical axiomatique de tout enlever en stérilisant le tout d'emblée. Cela n'est peut-être pas vrai: il faut tenir compte des réactions sûrement curatives dans certains cas, du stroma de la tumeur et des tissus environnants. Dans la lésion du stroma il faut voir non seulement la cause de l'échec immédiat, mais aussi et surtout la raison de ces radionécroses tardives: les fortes doses réparties en un temps court paraissent être responsables de cette complication. Il ne faut jamais oublier que, malgré l'électivité pour le tissu néoplasique, tous les tissus subissent l'action des radiations, lesquelles impriment sur eux stigmates indélébiles, ainsi que Regaud le répète souvent. L'étalement de la dose dans le temps est une modalité de technique assez suivie ces derniers temps: 4 à 6 jours pour Regaud et ses élèves qui sont nombreux, 20 jours pour de Nabias. Quand il s'agit d'utérus, cette prolongation d'irradiation peut favoriser la propagation de l'infection cervicale toujours présente, presque impossible à faire disparaître, mais que l'on peut pourtant atténuer en manoeuvrant avec délicatesse. Il faut stériliser la tumeur d'un seul coup: voilà encore un précepte utile à suivre quand on le peut; de nombreuses observations prouvent par ailleurs que la répétition des séances ne conduit pas toujours la tumeur à un état de radiumrésistance, de vaccination

³ Raitz, Mirra: Proc. Verb. Conf. Déf. Soc. contre l. Syph., Nancy, mai, 1928.

⁴ Pouey, E.: An. Fac. Med. Montevideo 14: 60 (eno.) 1929.

d'après l'expression de Delbet, incompatible avec la guérison. La question des ganglions est une grosse question: on a beau les traiter avant ou après la lésion initiale par chirurgie, par radium ou par rayons X, on n'est jamais sûr de guérir que quand ils ne sont pas cancéreux. L'avènement de la télécuriethérapie avec de fortes doses de radium (4 grammes à l'Institut du radium), va peut-être modifier ce concept pessimiste. Mais il faut plus d'expérience et un recul de temps suffisant pour avoir une opinion définitive. Le traitement de la lésion primitive et des ganglions simultanément par des foyers internes et externes, ainsi que le fait de Nabias systématiquement, paraît améliorer les résultats. Il nous faut encore attendre pour juger.

Mélitococcie Suraiguë Mortelle

Les auteurs ⁵ ont vu évoluer en six jours vers la mort une mélitococcie dont le tableau clinique simulait en tous points, celui de la granulie. Seule la notion d'origine du malade (qui arrivait d'un foyer avéré d'endémie maltaise) permit par hémoculture, de rétablir, post-mortem, le diagnostic.

Fièvre Ondulante de Longue Durée

Les auteurs ⁶ rapportent la longue observation d'une mélitococcie d'une durée de plus de onze mois, ayant déterminé des lésions ostéo-articulaires tenaces au niveau de la colonne dorso-lombaire et de l'articulation sacro-iliaque gauche, le tout avec phénomènes douloureux intenses entraînant une impotence complète du train postérieur. Après échec de la vaccinothérapie associée à l'actinothérapie infra-rouge, la guérison a été obtenue rapidement par une série d'injections intraveineuses de trypaflavine (gonacrine). Les auteurs signalent comme particularités l'existence d'une hyperalbuminose rachidienne de 1.10 gm. Après plusieurs échecs, ils ont obtenu une hémoculture positive au vingt-quatrième jour de la maladie.

Fièvre Ondulante Traitée par la Gonacrine

Des deux observations des auteurs ⁷ l'une est un succès net de la médication gonacrinique qui, après échec de la vaccinothérapie a amené rapidement la guérison définitive. Dans le deuxième cas, le traitement prématurément interrompu a entraîné une longue phase de régression suivie d'une reprise du cours morbide.

Le Cœur dans la Diphtérie

La connaissance du mode de production des troubles cardiaques au cours de la diphtérie dicte les indications thérapeutiques et laisse prévoir que le traitement peut et doit être surtout préventif.⁸ Le médecin dispose en effet d'une arme merveilleuse contre l'intoxication diphtérique et l'apparition relativement tardive des accidents cardiaques graves lui laisse tout le temps d'en user; s'il n'a pu le faire et des troubles cardiaques surviennent, les armes ne lui feront pas défaut, mais il sera souvent trop tard pour remédier la profonde intoxication du myocarde. Le traitement préventif est essentiellement sérothérapique et les règles se résument dans la formule de Lereboullet: "Il faut frapper vite, fort et longtemps." Le tout est de s'entendre sur la signification de ces mots; que l'on doive injecter du sérum dès qu'une angine est seulement suspecte, c'est là une notion admise de tous; mais la question des doses reste un point difficile d'autant qu'il paraît y avoir actuellement quelque chose de changé dans les résultats de la sérothérapie.

⁵ Duchamp, Janbon, M., et Gondard, L.: Gaz. Hôp. 102: 468 (mar. 23) 1929.

⁶ Janbon, M., et Duponnois, J.: Gaz. Hôp. 102: 468 (mar. 23) 1929.

⁷ Lisbonne et Aubert: Gaz. Hôp. 102: 468 (mar. 23) 1929.

⁸ Perrimond, G.: Marseille Méd. 66: 193 (fév. 5), 1920.