

précipitations atmosphériques ont été très réduites et n'ont entraîné aucun phénomène du même genre.

Le Bulletin contient plusieurs mémoires originaux et une importante bibliographie.

A travers les revues

Archives médicales belges, Bruxelles, n° 7, juillet 1942.

« A propos de l'influenza » (D^r P. Nys).

Ce travail s'occupe de l'épidémiologie, de l'étiologie et de la pathogénie de l'influenza. Les conclusions pratiques qu'on peut en tirer sont les suivantes : L'agent grippal est un virus. Ce virus est isolé par filtration à partir du sang et des sécrétions du tractus respiratoire des malades. Il se transmet principalement d'homme à homme par les particules de salive. Préventivement nous ne faisons jusqu'à présent que désinfecter les fosses nasales et la cavité bucale en période d'épidémie. Curativement, l'idéal serait de trouver contre le virus grippal une médication spécifique, qui éviterait l'anergie et, de ce fait, les complications et permettant ainsi à l'organisme de se défendre. Ce moyen spécifique, nous ne le possédons pas encore et, vu la complexité de l'agent causal, ne sera peut-être jamais trouvé.

Il faut donc agir du côté de l'organisme et stimuler ses moyens de défense par des méthodes non spécifiques. La chimiothérapie sulfamidée semble ici très indiquée, bien que l'on ne sache pas encore exactement si elle agit du côté de l'organisme ou si elle attaque directement les germes.

Août 1942

« Evolution de l'organisation du service de transfusion sanguine de la Croix-Rouge de Liège, de mai 1940 à mai 1941 » (D^r P. Moureau).

Depuis le 30 août 1939, la Croix-Rouge de Belgique, en accord avec le ministère de la Santé publique, avait organisé dans tout le pays le recrutement intensif de « donneurs de sang ». Le contrôle du groupe sanguin de tous les candidats donneurs a été bénévolement effectué dans les laboratoires du professeur J. Firket. Le sang conservé entreposé en glacière, était distribué en coffrets isothermiques aux formations sanitaires de l'armée, de la Croix-Rouge, de la défense passive et aux hôpitaux civils, suivant les besoins des opérations militaires. Les expériences qui ont été faites avec cette organisation entièrement nouvelle étaient les suivantes : L'utilisation du sang conservé a montré que, dans les limites d'une conservation de 7 jours, les résultats fournis par le sang conservé étaient les mêmes que ceux obtenus avec du sang frais. La conservation du sang facilite grandement la technique de la transfusion et explique pourquoi les 80% environ des transfusions demandées au service de transfusion sanguine ont été pratiquées avec du sang conservé. Ce sont avant tout les anémies aiguës pures qui, comme toujours, bénéficient le plus de la thérapeutique de substitution constituée par la transfusion et cela même lorsqu'il s'agit de sang conservé.

Th.

Numéro spécial (hors série).

Le présent numéro rédigé exceptionnellement *en flamand*, est publié par des collaborateurs de la faculté de Médecine de l'Université de Gand sous la direction de MM. les professeurs E. Tijtgat et F. De Rom.

BIBLIOGRAPHIE

A travers les revues

Il contient les publications suivantes :

« Détails intéressants complémentaires au sujet du traitement physique par la chaleur ou physiotherapie » (Prof. A. Bessemans).

L'auteur montre en particulier les avantages de la combinaison des traitements chimiques (salvarsanthérapie) et physique (physiotherapie) dans la syphilis précoce et tardive. Les expériences ont prouvé que le pourcentage de guérison était de loin supérieur à celui donné soit par le traitement chimique seul, soit par le traitement physique seul.

« Uit jaren ervaring op gebied van borstklierkanker » (Prof. Tijtgat).

Dans cet article l'auteur expose certaines considérations au sujet du cancer du sein. Il conclut en disant qu'à son avis il ne faut plus attendre de progrès dans le traitement du cancer du sein d'un perfectionnement ou d'une extension plus grande de l'intervention opératoire ; qu'il n'est pas encore établi que le traitement radio — ou radiumthérapie postopératoire — soit de nature à améliorer les résultats ; que ceux-ci dépendent avant tout de la précocité de l'intervention et que ceci est presque plus une question d'éducation du public qu'un problème médical proprement dit.

« Gangreen der ledematen » (Prof. Goormaghtigh).

Rappel de quelques notions classiques et la symptomatologie de la gangrène des extrémités. Discussion approfondie de la pathogénie de l'arthrite oblitérante sénile et de la thrombangéite juvénile de von Winiwarter—Buerger.

« De psycho-analytische opvattingen betreffende de zgn. sexualiteit der eerste kinderjaren » (Prof. Nyssen).

Etude critique de la théorie de Freud et ses élèves concernant les conceptions psychanalytiques relatives à la soi-disant sexualité de la première enfance.

« Het Röntgenonderzoek van den ductus cysticus en choledocus » (Prof. de Witte).

Le diagnostic des calculs opaques du cystique et du cholédoque ne présente pas de difficultés. Cependant ces voies biliaires ne sont généralement pas visibles par l'épreuve au tétraïode. A part des cas très rares où ils apparaissent par la prise d'un simple repas opaque, seule l'angiocholographie chez les porteurs d'une fistule biliaire montre nettement le cystique et le cholédoque.

« Gerechtelijk geneeskundige studie van een geval van crimineele phosphorvergiftiging » (Prof. Thomas et Dr Van Bruynbroek).

Les auteurs relatent une observation récente d'empoisonnement criminel par le phosphore blanc. Ils commentent la symptomatologie. Ils rappellent l'existence presque constante au cours de son évolution, d'une période de rémission passagère de nature à induire le clinicien en erreur. Ils soulignent la similitude des constatations nécropsiques dans l'empoisonnement par le phosphore et dans l'intoxication par champignons vénéneux et discutent les problèmes médico-légaux que soulève le diagnostic différentiel entre ces deux formes d'empoisonnement.

« De resectie van het ganglion aorticorenale » (Prof. De Rom).

L'auteur étudie dans cet article la résection du ganglion aorticorénal.

Il décrit l'origine et l'état actuel de ce nouveau procédé opératoire qui a déjà acquis droit de cité en chirurgie du sympathique. Il signale comme indications : la néphralgie essentielle, la douleur rénale due à des lésions minimes, même certaines formes de néphrite. Une

BIBLIOGRAPHIE

A travers les revues

idée générale de la technique opératoire est donnée et trois cas personnels, dans lesquels l'intervention fut suivie de bons résultats immédiats.

Th.

Bulletin du Service fédéral de l'hygiène publique, Berne, 26 septembre 1942.

« A propos de la dysenterie E » (Circulaire du Service fédéral de l'hygiène publique, du 18 septembre 1942, adressée aux autorités sanitaires cantonales).

On observe en ce moment en Suisse une augmentation des cas de dysenterie E, ayant un caractère épidémique. Il nous paraît donc indiqué d'attirer l'attention des autorités sanitaires cantonales et du corps médical sur cette forme de dysenterie, devenue très fréquente et endémique dans notre pays.

1. *Nature de la dysenterie E.* — La dysenterie E est une forme particulière de la dysenterie oligotoxique et elle est provoquée par le *Bacillus dysenteriae* de *Sonne-Kruse* (syn. : race E ou race des bacilles de la dysenterie, fermentant le sucre de lait). Épidémiologiquement, la dysenterie E présente, vu son caractère saisonnier très net (arrière-été, automne) sa grande contagiosité, son mode de transmissibilité (infection par contact et par les aliments) et le danger de récidives, toutes les caractéristiques des autres formes de dysenterie. Mais cliniquement la dysenterie E occupe une place spéciale ; elle évolue d'une manière beaucoup plus bénigne que les infections toxiques de *Shiga-Kruse* et elle est, en général, plus légère que les autres formes oligotoxiques de la dysenterie (dysenterie A, D, H). Enfin, ce n'est qu'exceptionnellement que l'on observe dans la dysenterie E des maladies secondaires toxico-allergiques (rheumatoides, maladie de Reiter).

2. *Diagnostic des premiers cas.* — Le diagnostic de la dysenterie doit être posé tout d'abord cliniquement. Tout catarrhe intestinal avec selles glaireuses ou glaireuses et sanguinolentes se déclarant pendant la saison où la dysenterie a coutume de sévir, doit faire penser a priori à la dysenterie. Caractéristiques sont en outre le ténésme, la sensibilité à la pression du côlon et — pour la dysenterie E — le méningisme souvent constaté au début (opisthonoïdes, hyperesthésie, hyperalgie, etc.). On devra toujours procéder à l'examen bactériologique des selles pour assurer le diagnostic clinique. Cet examen ne donne toutefois des résultats positifs que dans le 50% des cas environ, même s'il est effectué dans les meilleures conditions (examen des selles aussi rapidement que possible). Par contre la réaction de Grubber-Widal, qui ne devient positive au plus tôt que dans la deuxième semaine de la maladie, ne peut pas servir au diagnostic précoce.

3. *Lutte contre la dysenterie E.* — Pour une maladie transmissible qui s'étend d'une manière si extraordinairement rapide que la dysenterie, la notification immédiate est de la plus grande importance, car les mesures d'isolement et autres ne peuvent offrir une réelle chance de succès que si elles sont prises au début de l'épidémie. S'il y a déjà plusieurs foyers épidémiques, on ne devra pas renoncer à isoler également — ou mieux, à hospitaliser — les malades. Un grand succès dans la lutte contre l'épidémie ne pourra cependant guère être atteint par là même, car les nombreux cas de dysenterie ambulante, clini-

BIBLIOGRAPHIE

A travers les revues

quement légère, et, surtout, les porteurs de bacilles, sains, plus nombreux encore, ne peuvent être découverts et par conséquent ne peuvent pas non plus être isolés. En cas d'épidémie massive — notamment dans les districts ruraux — les mesures d'isolement peuvent enfin se heurter à de sérieuses difficultés. La surveillance des débits de denrées alimentaires (éloignement des porteurs de bacilles sains, pasteurisation du lait, etc.) s'avère aussi en général d'une application difficile et peu sûre, quant au résultat. La vaccination attend encore sa solution définitive ; en tout cas, les vaccins qu'on trouve actuellement dans le commerce ne donnent toujours pas satisfaction. De plus la vaccination dans les milieux déjà contaminés ne peut pas être recommandée parce que — d'après des expériences récentes — elle peut activer des infections apparemment latentes ou, pour le moins, aggraver la prédisposition à la dysenterie.

Dans ces circonstances, il est de la plus grande importance d'éclairer soigneusement la population sur la prophylaxie individuelle. Comme mesures prophylactiques efficaces, il est recommandé d'éviter les dérangements intestinaux (consommation de fruits non mûrs et en même temps d'eau, de glaces, de denrées alimentaires gâtées ; refroidissement de l'abdomen, etc.), de renoncer en principe aux aliments non cuits ou non préparés (lait, salade, fruits non pelés), de conserver les aliments dans des récipients les protégeant contre les mouches, d'observer une hygiène très stricte dans les lieux d'aisances (attrape-mouches, lavage des mains après la défécation ; ne pas utiliser le contenu des fosses comme engrais des potagers) ; grande propreté personnelle et, en particulier, lavage des mains avant chaque repas. On peut aussi recommander enfin la prophylaxie bactériophagique, qui est absolument inoffensive et, semble-t-il, souvent efficace.