

en *Argentine* à la fin de l'été et en automne, comme lors des années précédentes. En janvier 1930, 24 cas ont été signalés à Santa Fé; en mars, 3 décès Andalgalá (Province de Catamarca) et 2 cas à Villa-Lia (Province de Buenos-Ayres). En décembre, 1 cas a été signalé dans la Province de Córdoba, à Chazón. Ce cas était suivi de 6 autres à Oucacha dans la même Province en janvier et février 1931. Au cours de cette période, 3 cas étaient signalés à Palpala, dans la Province de Jujuy, et 2 à Diamante (Province d'Entrerios). Le total pour 1930 a été de 27 cas contre 46 en 1929 et 95 en 1928. Au *Brésil*, en 1930, c'est seulement dans l'État de São Paulo que la peste a été observée. En janvier, 15 cas ont été signalés dans la capitale et 6 en dehors d'elle, avec un total de 8 décès. Deux décès ont été ultérieurement signalés en février et un autre l'été suivant (décembre). Aucun cas n'a été signalé jusqu'ici en 1931. Le nombre des cas de peste enregistrés au Brésil au cours des années précédentes avait été de 1 en 1929, 88 en 1928 et 32 en 1927. (*Rapport Epidém. Sect. Hyg. Soc. Nations*, sbr. 15, 1931.)

L'Amibiase Extra-Intestinale

Depuis quelques années, malgré la baisse constante et reconnue par tous les cliniciens de la dysenterie amibienne et sa principale complication, l'abcès du foie, le nombre excessif de cas relevant de l'amibe histolytique (bronchites, cystites, pyélitites, etc.) publiés ou simplement trouvés par les Docteurs Panayotatou, Petzétakis et quelques laboratoires de la ville ont fait d'Alexandrie le foyer mondial de l'amibiase extraintestinale, à tel point que beaucoup de cliniciens, en raison de cette répartition si variée et si fréquente de l'amibiase, ont fini par adopter le traitement systématique par l'émétine dans tout cas suspect sans demander l'aide du laboratoire. Et, fait digne d'être noté, les recherches faites en même et dans la même ville par d'autres expérimentateurs relativement à cette même question ont abouti à des résultats tout opposés. Seule la coloration à l'hématoxyline ferrique permet d'éviter ces causes d'erreurs multiples et il est à souhaiter que les nouvelles recherches soient faites avec une technique rigoureuse afin d'élucider ce chapitre si intéressant de la parasitologie. (Khouri, M. J.: *Rev. Prat. Mal. Pays Chauds*, 329, juillet, 1931.)

Le Pèlerinage de 1931 au Hedjaz

La caractéristique principale du pèlerinage de 1931 a été une frappante diminution dans le nombre de personnes qui l'ont accompli, et dont on peut trouver la cause dans la crise économique. Environ 64,000 pèlerins se sont rendus cette année au Hedjaz, contre 120,000 l'année dernière, soit une diminution de près de la moitié. Le nombre de pèlerins qui ont emprunté la voie de l'Égypte ou du Canal de Suez a été de 7,795 contre 23,776 en 1930, soit environ le tiers de l'année dernière. Les cérémonies religieuses au Hedjaz ont commencé le 28 avril. Le 6 mai, le premier navire à pèlerins arriva à Tor. Après l'arrivée d'environ 1,000 pèlerins à Tor, et une inspection médicale favorable, le pèlerinage fut déclaré "net." Mais à la suite de la découverte d'un certain nombre de porteurs de vibrions, la Commission Permanente du Conseil Quarantenaire déclara le pèlerinage "suspect." Cette décision permettait aux autorités quarantennaires de garder les pèlerins à Tor au delà de la période réglementaire de 72 heures; les examens de selles pouvaient être ainsi complétés. Un seul navire fut retardé par suite de la déclaration du pèlerinage suspect. Au total, 19 porteurs de vibrions ont été découverts, parmi lesquels 4 étaient des porteurs de vibrions agglutinants. Un cachet spécial a été apposé sur les passeports des pèlerins dont les selles avaient donné un résultat négatif au point de vue de la recherche du vibron cholérique. La vaccination anti-cholérique obligatoire au port d'embarquement, pour les pèlerins provenant du Sud, est, aujourd'hui, la règle plutôt que l'exception. En conformité de l'accord Anglo-Néerlandais, seulement les pèlerins qui n'avaient pas

été inoculés ont été obligés de débarquer à Kamaran. C'est ainsi que quatre navires durent débarquer leurs pèlerins à Kamaran, tandis que 43 navires purent bénéficier des dispositions de l'accord précité. Bombay est le seul port qui n'ait pas encore rendu obligatoires ces vaccinations. Les pèlerins admis dans les hôpitaux pendant cette campagne furent au nombre de 94; deux étaient hospitalisés pour purger simplement leur quarantaine réglementaire, et 14, accompagnaient leurs parents malades. Ainsi, les malades admis étaient au nombre de 78 seulement: 58 Égyptiens et 20 étrangers; 58 étaient des admissions médicales (dont 2 débarqués morts) et 20 admissions chirurgicales. A l'exception des 2 cas décédés dans les hôpitaux, la plupart des malades, y compris les 11 dysentériques, étaient légèrement atteints ou souffraient d'affections bénignes de la sorte. On est frappé par l'absence des cas (2) de malaria parmi les pèlerins surtout quand on se rappelle que 88 pèlerins furent hospitalisés l'année dernière pour cette maladie et que 24 en décédèrent. Pour les 11 cas de dysenterie, 9 furent reconnus positifs par le laboratoire comme dysenterie bacillaire; 10 ont quitté le campement guéris ou très améliorés. Le onzième était atteint de dysenterie chronique positive et fut, en outre, trouvé porteur de vibrions partiellement agglutinants. A l'exception des porteurs de vibrions, aucun cas de maladie infectieuse ne s'est déclaré parmi les pèlerins à Tor. Les décès enregistrés parmi les pèlerins furent au nombre de 4: 3 Égyptiens et 1 étranger. De ces 4 cas, 2 seulement sont survenus dans les hôpitaux, les 2 autres cas eurent lieu à bord des navires, mais furent débarqués et enterrés à Tor. Total des malades par rapport au total des pèlerins, 1930, 1.83 pour-cent, 1931, 0.97; total décès par rapport au total des pèlerins, 0.27 et 0.05; total décès par rapport au total des malades, 14.89 et 5.13. Les caractères (morphologie, mobilité, agglutinabilité, sensibilité au bactériophage) des souches de vibrions isolés à Tor pendant le pèlerinage de 1930, furent étudiés et comparés avec ceux de souches de vibrions cholériques types. L'étude comparative de toutes ces souches a montré leur identité au point de vue des caractères étudiés. Toutes ces souches sont des vibrions cholériques lysogènes (contaminés avec le bactériophage) et mutants. Le caractère agglutinabilité chez un vibron peut se perdre ou se régénérer par un phénomène de mutation, et la présence ou l'absence de ce caractère ne donne aucune indication pour ou contre l'identité d'un vibron. L'ultravirus bactériophage est la cause principale de mutation observée chez les vibrions. Pour la provocation de mutations in vitro, les milieux de culture contenant de la gélatine dans la concentration de 2 pour-cent ont été trouvés favorables. Il faut reconnaître l'existence de deux types distincts de vibrions cholériques: *vibrio cholerae typus epidemicus* et *vibrio cholerae typus endemicus*. Le *typus endemicus* est un vibron mutant et constitue le réservoir permanent du choléra endémique et épidémique. Tout porteur de vibrions doit être considéré comme dangereux, parce que: (1) Il peut être en incubation d'un cas de choléra épidémique qui pourra se déclarer au bout de quelques jours (porteur épidémique); (2) il peut être en incubation d'une forme sporadique de choléra qui pourra ne se déclarer qu'au bout de quelques mois (porteur endémique). L'étude sérologique des souches de vibrions agglutinables isolées cette année, n'étant pas encore terminée, fera l'objet d'une communication ultérieure, qui sera publiée dans le prochain Rapport sur le Pèlerinage. Aussitôt après leur isolement, ces souches étaient très résistantes à l'action du bactériophage, comparées aux souches témoins sensibles, mais pourtant montraient spontanément les signes de la bactériophagie (petites plages et colonies rongées, souvent en forme de demi-lune). Ainsi que cela était constaté dans le rapport sur les vibrions de 1930, ces vibrions ont été considérés comme des vibrions cholériques du type endémique, donc des vibrions cholériques incomplets, non capables de provoquer immédiatement une épidémie de choléra, mais pourtant dangereux. Le Docteur Shousha, directeur du Laboratoire du Département de l'Hygiène

Publique du Caire, a suggéré que, dans les agglutinations à effectuer dans l'avenir pour le diagnostic du choléra, on procède également à des épreuves avec des émulsions chauffées du vibron étudié. Ces émulsions ne renferment que l'antigène spécifique du micro-organisme. Il recommande également de conserver, pour le diagnostic du choléra, un immun sérum, préparé par l'immunisation d'animaux de laboratoire, au moyen d'émulsions de vibron cholérique chauffées ("O" sérum). Un tel sérum ne produit pas la réaction d'agglutination de groupe, mais réagit seulement avec l'antigène spécifique du choléra vrai. Une analyse des récepteurs des souches des vibrions agglutinables isolées cette année a démontré que ces souches sont encore agglutinables après chauffage à 100° pendant une heure et qu'elles agglutinent également avec un sérum "O." La proposition du Dr. Shousha, bien qu'importante au point de vue scientifique, n'a pas encore été d'un grand secours au point de vue pratique. (*Rapport sur le Pèlerinage de l'Année 1931, Cons. San. Mar. & Quar. Égypte.*)

Mœurs des Anophèles.—Heureusement pour l'homme, les goûts de l'Anophèle, contrairement à ceux du Stégomyia, le poussent à rechercher son alimentation de choix dans le monde des animaux. C'est avant tout un rural. Il se trouve partout avant l'homme et l'homme pour lui ne compte pas plus qu'un être quelconque. Si tous les insectes appartenant à ce genre sont susceptibles de permettre l'évolution de l'hématozoaire, il n'y a cependant que les espèces fragiles qui pratiquement jouent le rôle d'agents de transmission, parce qu'elles recherchent dans les locaux d'habitation non seulement leur nourriture, mais un abri contre les intempéries. Un certain nombre d'observateurs avaient remarqué depuis longtemps l'attrait pour l'Anophèle des animaux de ferme; mais le mérite revient incontestablement à Roubaud d'avoir élevé en doctrine le rôle d'écran protecteur que joue pour l'homme le bétail en stabulation. L'Anophèle est un être timide que la grande lumière écarterge, que le mouvement inquiète et qui recherche dans les locaux réserves aux auxiliaires de la ferme la demi-obscurité, la douce chaleur qui lui conviennent et des victimes tranquilles qui supportent ses attaques sans réagir. Pour l'attirer, il faut la réunion de ces conditions favorables; de sorte qu'au point de vue sanitaire, il devient illogique de loger les bestiaux dans des locaux clairs et aérés, sûrement plus hygiéniques pour les animaux, mais inutiles en raison de la courte vie économique des hôtes auxquels ils sont destinés. Là où existent des communs de conception ancienne le nombre des Anophèles croît dans d'énormes proportions, comme dans les Dombes, où l'étang confine à l'étable. Quand ils manquent, comme en Corse, la multiplication des insectes rencontrant des obstacles, le nombre en est moindre, mais c'est la maison qui, seule, leur sert de retraite et l'homme de victime. Que ce domicile soit commun à l'homme et aux animaux, comme dans certaines parties de la Sicile, les moustiques ne font pas de choix et le paludisme y trouve son compte. (E. Marchoux, *Progrès Médical* 2326 (19 déc.) 1931.)

La fièvre typhoïde chez l'enfant.—Les états typhiques chez les enfants du premier âge se confondent avec presque toutes les maladies fébriles non spécifiques de cet âge. Diagnostic du laboratoire, pronostic réservé, traitement hygiénique et symptomatique. Dans la seconde enfance après 4 ans, symptômes classiques, diagnostic plus facile et pronostic plus favorable.—P. D'Orlandi, *Rev. Prat. Mal. Pays Chauds*, 321, juil., 1931.