

INFORMATION SANITAIRE

Office International d'Hygiène Publique

Dans sa session d'octobre 1929 qui s'est réunie sous la présidence de M. Velghe (Belgique), le comité permanent de l'Office International d'Hygiène Publique, après avoir étudié les questions relatives à l'application de la convention sanitaire internationale de 1926 (dératissage des navires, patentes de santé, emploi de la T. S. F. en vue des opérations quaranténaires, médecins de bord, contrôle sanitaire de la navigation aérienne, hygiène des pèlerinages musulmans), a réuni les indications suivantes sur les maladies contagieuses et les différentes épidémies.

Peste.—L'étude des récentes manifestations de la peste a apporté quelques notions nouvelles sur l'épidémiologie de la maladie et sur l'évolution clinique de certaines de ses formes. La mission russe envoyée en Transbaïkalie, en 1929, a établi que le *tarabagan* pouvait rester longtemps porteur de bacilles pesteux sans présenter aucun signe de maladie. Pendant l'épidémie que a sévi en Mongolie intérieure dans l'été 1928, sur 378 cas de peste, on a noté 118 cas de la forme septicémique, sans bubons, sans signes de pneumonie pesteuse, et avec présence de bacilles pesteux dans le sang. Pour éclairer l'origine de cette épidémie, on a capturé, classé et examiné 50,000 rongeurs, dont environ 40,000 rats de diverses espèces et 6,850 spermophiles, dont le plus fréquent est *Citellus mongolicus umbratus*; ce sont les spermophiles qui sont dans cette contrée les réservoirs du virus de la peste. A Madagascar, on a observé que la forme pulmonaire devenait plus fréquente dans les régions où la température minima descend au-dessous de 14 degrés, et qu'elle était très rare dans celles où le minimum est supérieur à 16 degrés. On sait toutefois que, dans d'autres pays, la peste pulmonaire peut apparaître en été, et qu'elle se manifeste parfois dans les régions tropicales.

La vaccination antipesteuse a été certainement efficace dans l'épidémie d'Aden en 1928; 68 pour-cent de la population, qui compte environ 44,800 âmes, ont été vaccinés. Les pourcentages de morbidité ont atteint 0.28 chez les vaccinés et 10.16 chez les non-vaccinés; ceux de mortalité, 0.16 chez les vaccinés et 7.72 chez les non-vaccinés; il y a eu peu de différence entre les taux de léthalité, qui ont été respectivement 59.3 et 75.7 pour-cent. En Egypte, où l'on vaccine, dans les villages atteints, sous un contrôle serré qui ne permet à peu près à aucun habitant d'échapper à la vaccination, on reconnaît à celle-ci une grande valeur. Le taux de léthalité a été, en 1928, de 34 pour-cent, alors qu'il était en moyenne de 59 pour-cent dans les années antérieures à la vaccination. Au Maroc, on a vacciné, pendant l'épidémie qui a sévi dans le territoire d'Agadir au printemps de 1929, les villages ou douars contaminés (8,670 personnes); 327 cas se sont produits avant la vaccination, 30 après. Dans un certain nombre de douars, il n'y a plus eu de cas après la vaccination; mais on a constaté aussi l'arrêt brusque de l'épidémie dans certains douars non vaccinés. La léthalité n'a pas été réduite par la vaccination, contrairement à ce qui se passe en Egypte. L'emploi des vaccins antipesteux est jugé efficace en Algérie, en Afrique Occidentale Française, où le lipo-vaccin (à une injection avec une dose massive de bacilles) a protégé parfaitement les troupes, aux îles Canaries, où 28,000 vaccinations ont été pratiquées de 1926 à 1928, à Las Palmas et à Santa Cruz de Ténérife, à l'occasion de petites épidémies qui ne se sont pas développées ultérieurement.

Fièvre jaune.—Les épidémies de l'Afrique Occidentale Anglaise et Française, celle du Brésil ont été l'occasion de très importants travaux en vue de la prophylaxie.

Variole.—L'épidémie de l'été dernier dans les Pays-Bas a présenté généralement un caractère bénin. Il en est de même de l'épidémie de Grande-Bretagne qui sévit encore actuellement. Dans ce dernier pays on essaie de diminuer l'impopularité de la vaccination antivariolique en réduisant la dose de vaccin et le nombre des insertions.

Des cas assez nombreux et souvent mortels d'encéphalite post-vaccinale ont été relevés dans les Pays-Bas en Angleterre, en Allemagne, en Suède.

La commission de la variole et de la vaccination doit présenter des rapports sur cette question.

Tuberculose et B. C. G.—Tous les renseignements accueillis dans les différents pays montrent l'efficacité et l'innocuité de la méthode.

Le comité a encore étudié la fièvre ondulante, la poliomyélite, les maladies vénériennes, et la protection de la maternité et de la première enfance en France. Elle s'est occupée ensuite du contrôle des stupéfiants.

La *fièvre exanthématique* de Marseille, observée d'abord en Provence, en Italie, en Tunisie, s'est manifestée l'été dernier à Madrid et à Lisbonne. Caractérisée par une éruption papulo-maculeuse, atteignant la face, souvent accompagnée d'arthralgies, elle présente comme particularité frappante l'existence d'une petite vésicule grisâtre, laissant ensuite une escarre noire, souvent au membre inférieur, et qui serait la trace de la piqûre de l'insecte ou de la larve d'insecte transmetteur. Cette maladie a des analogies avec la fièvre fluviale du Japon, le *tsutsuganomushi* endémique dans les provinces où des cultivateurs travaillent en bordure de rivières à long parcours et sont piqués par un acarien, l'*akamushi*. Les rapports des deux affections, et ceux qu'elles ont avec des fièvres éruptives similaires aux Indes Néerlandaises, en Malaisie, ne sont pas établis avec précision et méritent une étude.

Parmi les maladies infectieuses de l'enfance, la diphtérie seule est en diminution en Suisse; la rougeole augmente périodiquement tous les trois à cinq ans. La mortalité, par contre, est en diminution pour ces maladies; la diphtérie est plus meurtrière que la rougeole: la scarlatine n'est presque jamais mortelle. En Egypte, la léthalité de la rougeole atteint parfois 50 pour-cent; on a tendance à ne se préoccuper de la maladie que lorsque les complications sont installées.

La Parasitologie de la Guadeloupe

Voici les examens de selles et de sang pratiqués à l'hôpital du Camp-Jacob pendant l'année 1927-1928.¹ Selles: Examens pratiqués, 764: négatifs, 159; un parasite, 254; deux parasites, 199; trois, 117; quatre, 26; cinq, 8; six, 1. Parasites reconnus: *Necator americanus*, 179 fois; *Ascaris lumbricoïdes*, 344; *Trichocephalus trichiurus*, 365; *Schistosomum mansoni*, 107; *Strongyloïdes stercoralis*, 47; *Entamoeba dysenteriae*, 57; *Balantidium coli*, 4; flagellés divers, 50. Sang: Nombre total d'examens pratiqués, 210; négatifs, 146; *Plasmodium vivax*, 37; *Pl. praecox*, 17; *Pl. malariae*, 3; *Microfilaria ozzardi*, 6; leucémie, 1.

Avantages Sociaux et Économiques de la Malariathérapie

Leroy et Medakovitch² attirent l'attention sur les avantages sociaux et économiques de la malariathérapie dans le traitement de la paralysie générale en 1928. Paralytiques traités par les anciennes méthodes: sortis 2 pour-cent maintenus en traitement 25 pour-cent, transférés 18.1 pour-cent, décédés 56.8 pour cent. Paralytiques traités par l'impaludation: sortis 47.9, améliorés 14.7, maintenus en traitement 8.8, transférés 5.8, décédés 22.5 pour-cent. Il en résulte que les sorties des paralytiques généraux impaludés atteignent environ 50 contre 2 pour-cent,

¹ Clément: Ann. Méd. & Pharm. Colon. 27: 459 (juil.) 1929.

² Leroy, et Medakovitch; Progrès Méd. 112, 18 janv., 1930.

et que la mortalité, sous l'influence de ce nouveau mode de traitement, est passée de 56.8 à 22.5 pour-cent. Avant la malariathérapie on ne connaissait pas de pareils succès. La plupart des malades sortis ont récupéré la capacité professionnelle antérieure ou se sont montrés, en tout cas, capables de subvenir à leurs besoins et de se diriger dans la société. Les avantages économiques ne sont pas moins importants. Les paralytiques traités sans paludisme ont une durée moyenne de séjour à l'asile de 240 jours contre 124 pour les paralytiques traités par l'impaludation. Cette réduction de la durée d'hospitalisation entraîne une réduction des frais s'élevant à 167,000 fr. environ pour les paralytiques traités dans le service en 1928.

La Chloropicrine pour la Destruction des Fourmis

La chloropicrine introduite dans un nid de fourmis manioc à la dose de 200 centimètres cubes permet d'obtenir à coup sûr la destruction des fourmis adultes, des larves et des oeufs.³ Outre son efficacité, ce produit se recommande d'abord par la modicité de son prix de revient, ensuite par la facilité de son emploi ne nécessitant comme outillage qu'un flacon et un entonnoir. La rapidité avec laquelle est pratiquée une opération dont la durée est de quelques secondes à peine permet de supprimer le masque sans qu'il en résulte une gêne pour l'opérateur.

Prophylaxie du Béribéri

Le béribéri est une maladie évitable, la plus sûrement évitée, dans tous les milieux où l'alimentation de l'homme peut être rationnellement surveillée.⁴ Pratiquement, tous sont d'accord pour reconnaître que le béribéri est causé par l'excès du riz poli vis-à-vis des autres aliments dans la constitution du bol alimentaire que que soit le facteur par lequel il devient nocif. Dans les pays occidentaux, le pain peut tenir, sans danger, une place prépondérante dans l'alimentation de l'homme. Les Asiatiques substituent au pain le riz, après avoir débarrassée le grain primitif de ses enveloppes et de son germe, qui contiennent les substances les plus nutritives et les plus utiles. Par suite, plus on augmente la quantité de riz de la ration, plus on augmente l'amidon seul, au détriment des autres substances indispensables. Parmi les populations de mangeurs de riz, pour les individus les mieux nourris, le rapport des albuminoïdes aux hydrates de carbone au lieu d'être comme en Europe de 1 à 4 ou 5, est de 1 à 10. Dans les classes pauvres, l'écart est beaucoup plus considérable. Le béribéri ne se déclare pas lorsqu'il y n'a pas excès de riz, ou, dans un sens plus général, d'amidon dans la constitution du bol alimentaire. Quand le béribéri se déclare, la première prescription à faire aux malades est de supprimer le riz. Chaque groupement humain a des habitudes alimentaires invétérées hors desquelles une alimentation entièrement nouvelle crée une privation pénible. S'il faut tenir compte, ne fut-ce qu'au point de vue moral, de ces préférences, il convient, en ce qui concerne le riz, d'éviter tout excès. Cette ligne de conduite s'impose lorsqu'il s'agit de mettre sûrement une collectivité nombreuse à l'abri d'une maladie douloureuse, qui peut tuer en quelques jours, entraîner des paralysies et une impotence incurables, et, dans les cas les plus bénins, créer des indisponibilités de très longue durée.

Culture de l'Ultravirus Tuberculeux

Valtis et Saenz,⁵ en ensemençant sur un milieu liquide spécial 1 centimètre cube d'une filtrat issu d'une culture de bacilles tuberculeux sur milieu synthétique

³ Carmouze: Ann. Méd. & Pharm. Colon. 27: 463 (juil.) 1929.

⁴ Bernard, N.: Ann. Méd. & Pharm. Colon. 27: 453 (juil.) 1929.

⁵ Valtis, J., et Saenz A.: Gaz. Hôp. 102: 148 (29 janv.) 1930.

de Sauton, âgée de quinze jours, ont observé le développement des bacilles tuberculeux acido-résistants. La culture ainsi obtenue, qui n'est pas repiquable en série, est dépourvue de toute virulence pour le cobaye. Inoculée par la voie veineuse, elle provoque chez le lapin des phénomènes d'intoxication qui se traduisent par une paralysie du train postérieur ou des quatre membres, opisthotonos, et entraînant parfois la mort en 24 heures.

Vaccination contre la Fièvre Aphteuse par Voie Intracutanée

Les expériences de l'auteur⁶ ont porté sur trois lots de bovidés qui, après avoir été vaccinés dans la peau, ont été, soit inoculés avec du virus aphteux, soit mis en contact avec des animaux malades. Alors que les témoins contractèrent une maladie grave, les animaux vaccinés présentèrent des lésions minimes ou bien restèrent complètement indemnes. L'auteur conclut que le procédé de cultivation, fondé sur les recherches de Besredka, semble ainsi appelé à rendre de signalés services dans la lutte contre la fièvre aphteuse.

Résultats de la Vaccination Antidiphthérique

En France le nombre d'enfants vaccinés jusqu'ici au moyen de l'anatoxine de Ramon dépasse un million, sans qu'aucun accident sérieux ait été noté.⁷ On peut juger des progrès de la méthode par le nombre des doses d'anatoxine distribuées: 5,000 en 1924, 15,000 en 1925, 30,000 en 1926, 50,000 en 1927, 300,000 en 1928, 125,000 pendant le 1^{er} trimestre de 1929. Une "semaine nationale" de lutte contre la diphtérie a été organisée en avril 1929 sous les auspices du Ministère de l'Hygiène. Ramon et J. Renault ont recommandé l'emploi d'un vaccin mixte associant l'anatoxine antidiphthérique et el vaccin antityphoïdique. Ce vaccin polyvalent est bien toléré et permet d'obtenir en même temps l'immunisation contre deux infections les plus dangereuses de l'enfance. Il n'est pas douteux que l'immunisation active contre la diphtérie constitue une arme puissante contre la maladie. Si l'introduction de la sérothérapie dans la thérapeutique usuelle semble n'avoir pas donné de résultats aussi, complets qu'on les espérait au début de l'application de la méthode et n'a pu faire disparaître la diphtérie de la surface du globe, il paraît au contraire possible de parvenir à la suppression de toute mortalité diphtérique par l'emploi méthodique et universel des procédés d'immunisation active. Dans toutes les statistiques on note la même difficulté: obtenir des parents qu'ils fassent faire à leurs enfants les trois piqûres nécessaires. Chez les enfants qui ne reçoivent qu'une injection la diphtérie est aussi fréquente et presque aussi grave que chez les non-vaccinés; aussi faut-il insister pour obtenir des parents la persévérance désirable; il semble d'ailleurs que ce soit en France qu'on l'obtient le plus fréquemment.

Les médecins français et coloniaux.—En France on compte environ 24,000 médecins pour 40 millions d'habitants, soit 1 médecin pour 1,700 personnes. En Algérie, il y a 679 médecins pour 6 millions d'habitants mais 656 demeurent dans les grandes villes du Nord; au Maroc on compte 143 médecins pour 4 millions d'habitants; en Afrique Occidentale, 156 pour 13 millions; en Afrique Equatoriale une trentaine et à Madagascar une quarantaine de médecins ont à desservir d'immenses territoires; en Indochine 111 médecins se partagent 20 millions de "clients." Jusqu'ici les Ecoles de médecine indigène ont fourni environ 300 diplômes. Le Ministre des Colonies a trouvé comme solution d'offrir le droit d'exercer dans les territoires d'outre-mer aux étrangers diplômés en France.—*Marseille-Médical*, 5 novembre, 1929.

Scomorokhoff, A. L.: *Gaz. Hôp.*, 103: 74 (janv. 15) 1930.

Raybaud, A.: *Marseille-Méd.* 66: 571 (nov. 5) 1929.