

puis cette époque, on a apporté de nouveaux cas observés en Yougoslavie, Égypte, Algérie, U.R.S.S.

Goitre.—Le goitre a été observé dans une forte proportion au Congo belge. Il devient rare en France et en Italie. Le sel iodé qui a été recommandé dans les pays à goitre est préparé par l'addition d'iodure de potassium au sel déjà cristallisé; l'opération est faite aux salines ou dans les entrepôts généraux. On pulvérise sur le sel une solution d'iodure de potassium et l'on fait ensuite un brassage énergique; aux États-Unis, on ajoute au sel un mélange sec d'iodure de potassium, de carbonate de soude et de carbonate de magnésie. La dose d'iode est de 5 mg par kilo en Suisse, Hollande, Pologne, de 10 mg en Italie. Le sel est vendu dans des boîtes en carton, on dans des pochettes en parchemin placées dans des boîtes en carton. L'usage des bonbons iodés est généralement déconseillé; ils sont cependant employés en Italie, en Suède.

Désinfection terminale.—On peut dire que dans tous les pays, il y a une évolution dans les idées concernant les méthodes que conviennent pour les désinfections finales; mais la plus grande diversité apparaît dans le chemin parcouru, tant en général qu'à propos de maladies particulières. Les fumigations au formol ou à l'anhydride sulfureux sont conservées dans certains pays, au moins pour quelques maladies; de même pour la désinfection des linges, de la literie, dans l'étuve à vapeur d'eau ou de formol. Ailleurs, la désinfection terminale comporte la pulvérisation de solutions antiseptiques, ou simplement le lavage général avec ces solutions, et le traitement des linges et objets souillés, soit par l'ébullition, soit par le trempage dans une solution antiseptique. Enfin, dans certains pays, le seul traitement final est le nettoyage complet de la maison par des moyens domestiques, l'aération et l'insolation, la stérilisation par immersion, dans une solution antiseptique, des utensiles et la désinfection des literies, linges, etc., manifestement souillés. Il arrive fréquemment que la désinfection terminale complète, suivant l'ancienne pratique, soit prescrite par les règlements, mais qu'en fait, elle ne soit appliquée qu'exceptionnellement. L'adaptation aux idées nouvelles se fait progressivement, sans règle uniforme, et plus ou moins rapidement selon les parties du pays. Partout il y a une tendance à faire varier les méthodes selon les maladies. Ainsi, la désinfection terminale est abandonnée unanimement dans le cas de rougeole, coqueluche, oreillons. Au contraire, elle est pratiquée soigneusement et comporte le plus souvent les fumigations et étuvages, dans le cas de variole, choléra, peste, lèpre. Pour la tuberculose, dans certains pays on fait la désinfection complète; dans d'autres on se contente d'un simple nettoyage à fond. Grandes sont aussi les divergences pour la scarlatine, la diphtérie et même pour les affections typhoïdiques, les dysenteries.

Vaccination contre la Fièvre Jaune

L'utilisation d'un virus amaril vivant, modifié par passages successifs sur le cerveau de la souris blanche, est à la base des tentatives actuelles de vaccination contre la fièvre jaune. La méthode de Sawyer, Kitchen et Lloyd consiste dans l'inoculation simultanée de sérum humain de convalescent ou d'immunisé et de virus amaril neurotrope de souris. En raison des grandes quantités d'immunsérum nécessitées par cette technique (35 à 45 cc pour un homme adulte), Findlay l'a récemment modifiée en utilisant la voie intradermique. Dans l'ensemble de ses vaccinations, Findlay a pu rechercher sur 54 vaccinés la présence des corps immuns. Ils apparaissent en un laps de temps variable. Un délai d'une dizaine de jours au moins est nécessaire. L'une et l'autre méthode (sous-cutanée et intradermique) paraissent de même efficacité pour la production de corps immuns.

C'est pour obvier aux difficultés d'approvisionnement en immun-sérum humain, et partant, pour pouvoir vacciner rapidement une nombreuse population, que Pettit et Stefanopoulo ont substitué dans le procédé de Sawyer, Kitchen et Lloyd, le sérum anti-amaril d'origine animale à l'immun-sérum humain. Le sérum anti-amaril obtenu par des inoculations de virus au cheval et au singe peut en effet être préparé en quantité pratiquement illimitée.

Dans leur méthode de vaccination, Sellards et Laigret utilisent l'inoculation de virus de cerveau de souris atténué par de nombreux passages, sans adjonction d'une injection de sérum immun. En général, cette dose est égale à l'unité-souris. Mais Laigret préfère commencer par une dose encore plus faible, un dixième d'unité-souris; vingt jours plus tard, il injecte 1 cc d'une suspension contenant 1.6 unité-souris par cc; enfin la vaccination est complétée vingt jours après, par une troisième inoculation correspondant à 16 unités. En soumettant au titrage les cerveaux des souris inoculées, Laigret a constaté que leur richesse en virus est telle (pour la majorité d'entre eux) que leur ajustement aux titres dont il préconise l'injection nécessite des dilutions considérables. Aussi pour faciliter la préparation du vaccin a-t-il entrepris des recherches en vue d'obtenir l'atténuation du virus par action du vieillissement à diverses températures et aussi l'utilisation de vaccins desséchés plus résistants aux variations de température et susceptibles de supporter des transports d'une certaine durée. Étant données les réactions individuelles, et ce que nous savons maintenant depuis les recherches de Laigret des variations de virulence des cerveaux infectés des souris, on conçoit combien doit être difficile à obtenir dans la méthode de Sawyer et de ses collaborateurs l'ajustement précis des proportions d'immun-sérum et de virus à injecter. Le procédé de Sellards et Laigret donne, semble-t-il, un coefficient de sécurité plus élevé contre les accidents possibles des inoculations, mais cette méthode nécessite trois injections virulentes séparées les unes des autres par un intervalle de vingt jours; il faut donc pour obtenir la vaccination définitive un laps de temps de 40 jours, ce qui dans la pratique sera un obstacle très sérieux.

On le voit, la vaccination contre la fièvre jaune n'est pas encore prête à une application généralisée. Elle ne peut être faite à l'heure actuelle que sur la demande formelle des intéressés à leurs risques et périls. La plupart des travailleurs des laboratoires où l'on manie le virus amaril et qui avaient payé antérieurement un lourd tribut à la malaide ont été vaccinés. Jusqu'à présent aucun cas n'a été constaté chez eux. Il ne faut pas d'ailleurs s'exagérer les résultats qu'on pourra attendre de ces vaccinations. On sait que le noir africain peut être considéré comme le réservoir du virus jaune. On ne peut songer à vacciner tous les noirs. On ne peut davantage songer à vacciner tous les blancs, surtout si la vaccination se manifeste dans l'avenir comme ne conférant qu'une immunité de durée restreinte. On pourra donc toujours risquer de voir se manifester un cas de fièvre jaune chez un Européen. Mais on est suffisamment armé par la prophylaxie actuellement en usage, pour empêcher ce cas de former un foyer épidémique et obtenir qu'il reste isolé. Les moustiques qui auraient pu s'infecter sur un malade ne deviendront infectants par leur piqûre que dix à douze jours plus tard. On a donc, devant soi, dix jours environ, période plus que suffisante pour détruire dans la maison et son voisinage tous les *Aedes aegypti*. Les cas plus redoutables sont ceux dont le diagnostic n'a pas été fait, ou est resté en suspens ou a été dissimulé. Mieux vaut déclarer comme fièvre jaune avérée un cas simplement suspect, et prendre toutes les mesures préventives, que dans le doute, s'abstenir de le déclarer comme tel. A ce point de vue, l'éducation de la population européenne en Afrique est entièrement à faire; il importe que chacun sache bien que le cas dangereux de fièvre jaune, ce n'est pas celui qui est reconnu et traité comme tel, mais bien celui qui est dissimulé ou ignoré. (*Ann. Méd. & Phar. Col.*, 78, jan.-mars 1934.)