

# INFORMATION SANITAIRE

## Pèlerinage au Hedjaz

Les chiffres des pèlerins venus du monde entier pour accomplir le pèlerinage aux Lieux Saints de l'Islam reflètent d'une manière frappante la crise économique dont tous les pays souffrent. Le nombre des pèlerins qui ont emprunté la voie de l'Égypte pour se rendre au Hedjaz a été, cette année, de 4,971 seulement, contre environ 8,300 en 1932, 7,800 en 1931, 23,800 en 1930 et 28,000 en 1929. Le nombre des pèlerins provenant du Sud et ayant passé par Kamaran a été de 13,598 contre environ 17,800 en 1932, 27,300 en 1931, 52,400 en 1930 et 54,500 en 1929. En 1933, 20,000 pèlerins sont arrivés par voie de mer au Hedjaz. Pendant les années 1932, 1931, 1930 et 1929 leurs chiffres s'étaient élevés environ à: 47,200, 38,500, 85,000 et 84,000. Une caractéristique intéressante à enregistrer a été, pour le pèlerinage de 1933, l'excellent état de santé des pèlerins. A Tor, par où tous les pèlerins se rendant au Nord, ont passé à la fin du pèlerinage, il n'y a été constaté aucun cas de dysenterie ni aucun cas de malaria. Les pèlerins payent généralement un lourd tribut à ces deux maladies. Aucun décès n'est survenu parmi les pèlerins durant leur séjour au campement quarantenaire de Tor, ni à bord des navires qui les ont transportés de Djeddah ou Yambo à Tor, puis à Suez. Du fait de l'état sanitaire vraiment excellent des pèlerins, les admissions dans les hôpitaux du Campement de Tor, ont été, cette année, très restreintes; en fait aucun malade ne fut envoyé des sections aux hôpitaux. Les pèlerins hospitalisés furent au nombre de 10 (2 Palestiniens et 8 Égyptiens), dont deux accompagnaient un parent malade, ce qui réduit le nombre des malades effectivement à 8 seulement: 4 admissions médicales et 4 affections chirurgicales.

Sur 1,984 analyses de selles provenant des pèlerins sains, 19 souches de vibrions ont été isolées. Aussitôt après leur isolement, les souches ne présentaient aucun caractère de spécificité; elles étaient inagglutinables par les sérums spécifiques agglutinant le vibron cholérique. Vu que les vibrions isolés ne présentaient pas les caractères du vibron cholérique authentique, on n'a pas procédé aux examens séparés des selles qui composaient les tubes collectifs; d'autant plus que cette recherche aurait obligé de retarder le départ des pèlerins deux jours au moins. En déterminant le type des vibrions isolés à Tor en 1933, on a constaté qu'ils ne présentaient pas les caractères biologiques du vibron cholérique classique, rencontré en plein épidémie de choléra. Les souches étaient non agglutinables par les sérums spécifiques et celles devenues agglutinables après quelques repiquages avaient conservé leur pouvoir hémolytique (vibron El Tor). Il ne s'agit donc du vibron cholérique authentique, mais d'un autre type, dont les relations exactes avec le type épidémique sont encore sous étude. Comme on l'a dit déjà, ces vibrions pourront bien représenter le virus spécifique du choléra asiatique, mais sous une forme rudimentaire et atténuée, comme l'absence des cas cliniques de choléra parmi les pèlerins le démontre clairement. Les souches en question sont souvent lysogènes (contaminées par le bactériophage) et elles montrent une variation discontinue dans les cultures; ce sont des vibrions cholériques déséquilibrés (Doorenbos) ou des vibrions cholériques incomplets, comme l'a dit Crendriropoulo et Doorenbos les a nommé: "Vibrio

Cholerae Typus Endemicus" pour les distinguer du vibrion classique, qui représente le type épidémique. La relation entre ces deux types du virus spécifique du choléra asiatique est qu'ils sont essentiellement réversibles. La régénération du vibrion du type "endémique" en type "épidémique" se produit dans une région d'endémicité de choléra et ceci sous l'influence des facteurs favorisants, qui se manifestent régulièrement à Tor, mais surtout pendant quelques mois de l'année; d'où la persistance de l'infection pendant toute l'année (cas sporadiques de choléra) et le réveil périodique de l'épidémie dans certains mois. Le danger que présentent les porteurs de vibrions dépend de la qualité et de la concentration du virus cholérique, ainsi que de l'absence ou de la présence des facteurs favorisant sa conservation et sa régénération. Comparé avec la concentration élevée du virus "endémique" dans une région d'endémicité de choléra, la concentration de ce type atténué de virus cholérique chez les pèlerins retournant du Hedjaz est minime. Le plus souvent la présence des vibrions cholériques du type endémique chez les voyageurs passera inaperçue; ils ne produisent qu'exceptionnellement des symptômes cliniques (cas sporadiques de choléra); ce n'est que par une analyse systématique des selles, par une méthode raffinée, qu'on peut démontrer leur présence. ("Rapport sur le Pèlerinage au Hedjaz de l'Année de l'Hégire 1351 (A.D. 1933)", Conseil Sanitaire Maritime et Quar. d'Egypte.)

#### La Mystique de la Désinfection

La législation française ne connaît que la désinfection; toute maladie à déclaration obligatoire est en même temps à désinfection obligatoire. La loi, par contre, ignore totalement l'isolement du malade, la recherche des porteurs de germes, leur isolement, leur traitement, la prophylaxie, la vaccination (sauf pour la variole). Dans l'état actuel de nos connaissances épidémiologiques et bactériologiques, une telle conception de la prophylaxie apparaît proprement absurde. On distingue deux temps dans la désinfection: la désinfection en cours de maladie et la désinfection finale, après guérison, transport ou décès. On ne discute pas la nécessité prophylactique de la désinfection en cours de maladie, c'est-à-dire de la destruction des germes au fur et à mesure de leur émission hors de l'organisme; le danger de contagion réside surtout dans le malade lui-même, dans ses sécrétions et ses déjections fraîchement émises. Il est rare que, dans les milieux extérieurs, sauf quelques exceptions, les microbes conservent un haut potentiel infectant. La désinfection finale, c'est-à-dire des locaux, des meubles, de la literie, ne tue généralement que des cadavres. Les maladies contagieuses peuvent être divisées en trois classes en se plaçant au point de vue de la désinfection. La désinfection est entièrement inutile: Le germe de la rougeole est d'une fragilité extrême; la période de contagiosité, qui est la période prééruptive, est terminée habituellement au moment où le diagnostic est fait. Les méningocoques sont également très sensibles et se propagent toujours directement de malades ou de porteurs de germes à individus sains. Il en est de même pour la rubéole, la poliomyélite, la coqueluche, la grippe, les oreillons. La désinfection est complètement inopérante dans les maladies qui sont transmises exclusivement par des insectes ou des acariens: fièvre jaune, peste bubonique, paludisme, maladie du sommeil, typhus exanthématique; c'est à la destruction des réservoirs de virus (rats, etc.) ou des intermédiaires (poux, puces, moustiques, mouches, etc.) qu'il faut s'attacher. La désinfection en cours de maladie est nécessaire: Elle est très importante dans la peste pneumonique et doit détruire les crachats, qui sont très dangereux. Elle est également utile dans la variole (produits cutanés et objets souillés par eux). La désinfection finale est nécessaire: Le germe de la variole est très résistant dans les milieux extérieurs; la désinfection en cours de maladie est