

## OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Le Comité permanent de l'Office International d'Hygiène publique a tenu du 13 au 22 octobre, à Paris, sa session ordinaire de 1930, sous la présidence de M. Velghe (Belgique). Les points suivants ont retenu plus spécialement son attention:

Des porteurs de vibrions, dont certains reconnus agglutinables, ont été découverts au Campement quarantenaire de Tor parmi les pèlerins revenant du Hedjaz. Aucun de ces pèlerins n'a présenté les signes cliniques du choléra; d'autre part—aucune affection de nature cholérique ne s'est manifestée au Hedjaz.

Le comité a examiné ensuite les dispositions relatives au contrôle sanitaire de la navigation aérienne.

Après avoir étudié différentes questions de police sanitaire maritime, le comité a examiné une proposition de Gouvernement Japonais à l'effet de prévoir, pour les pays placés dans certaines conditions au point de vue du danger d'importation du choléra, d'interdire aux navires se dirigeant vers leurs ports d'immerger des cadavres de cholériques ou des matières pouvant être infectées, même en dehors de la limite admise pour les eaux territoriales.

Les recherches récentes de laboratoire, consacrées au virus de la fièvre jaune, et les faits épidémiologiques observés dans ces dernières années ont apporté ou confirmé diverses notions, qui s'imposent à l'attention du Comité permanent de l'Office International d'Hygiène Publique. Toutefois, certaines de ces constatations nouvelles ne paraissent pas encore présenter d'importance considérable pour la pratique: la contamination de l'homme par contact direct n'est établie que dans des cas d'accidents de laboratoire; la transmission du virus de moustique à moustique, réalisée dans les conditions artificielles d'un élevage, n'est peut-être pas fréquente dans la nature; le seul vecteur qui semble, jusqu'ici, avoir joué un rôle dans une épidémie est *Aedes aegypti*. Il serait de la plus grande utilité, pour la prophylaxie de la fièvre jaune, de pouvoir diagnostiquer les cas frustes, ou atypiques, qui se produisent, soit dans les foyers d'endémicité, soit même au début des poussées épidémiques de cas aigus. On peut actuellement utiliser pour ces diagnostics trois éléments: 1° l'élimination du paludisme chez les fébricitants (pour lesquels la fièvre n'est pas expliquée par un autre diagnostic); 2° la recherche de l'albumine; 3° la recherche de la diminution de l'alexine dans le sang des suspects. Ce phénomène, bien étudié par Costa Cruz à Rio de Janeiro, se manifeste dès les premiers symptômes de la fièvre jaune, même dans les cas bénins, et paraît être rigoureusement spécifique. L'efficacité de la destruction des Stégomyies et de leurs larves pour arrêter ou prévenir une épidémie de fièvre jaune est bien prouvée par les faits récents. Mais les épidémies ont leur origine dans des zones d'endémicité où le virus est entretenu par des cas non diagnostiqués. La défense sanitaire contre la fièvre jaune devrait, pour l'avenir, être basée sur l'extinction définitive de ces foyers. Les mesures de prophylaxie, qui jusqu'à présent sont déclenchées par la déclaration de cas avérés, devraient être complétées par d'autres très rigoureuses, mais vivant seulement les zones d'endémicité. Parmi les nombreuses localités où la fièvre jaune a été signalée au cours des 20 dernières années. il y en a beaucoup dans lesquelles aucun cas n'a été déclaré depuis 1927 en Afrique, depuis 1921 en Amérique. Le virus en a-t-il réellement disparu? Certaines de ces localités—une certaine—sont situées sur le trajet de lignes aériennes projetées. Il semble nécessaire, pour écarter les craintes de diffusion de la fièvre jaune par la navi-

gation aérienne, que l'on sache si ces localités sont restées dangereuses, et que l'on prenne à leur égard, le cas échéant, des mesures adéquates de protection. Aussi, le comité a-t-il repris l'examen d'une proposition qui lui avait déjà été présentée lors d'une session antérieure, celle d'encourager des enquêtes systématiques, au moyen de l'index sérique ou de toute autre méthode appropriée, en vue d'établir une carte de l'endémicité amarillique.

Quelques cas de peste bubonique se sont produits pendant l'été et l'automne 1930 dans le bassin occidental de la Méditerranée. Le comité a vu, dans ces circonstances, l'occasion de provoquer une enquête sur la situation actuelle de la peste murine dans les ports de la Méditerranée. Une courte épidémie de peste pulmonaire avait sévi à Tunis en décembre 1929.

Le Comité a insisté, notamment, de nouveau sur l'importance de l'adoption générale, pour les certificats de dératisation (ou d'exemption) prescrits, d'une formule uniforme, telle que celle déjà préconisée par lui-même auprès des Gouvernements et des Administrations sanitaires, et qu'un assez grand nombre de pays ont effectivement mise en vigueur.

Au sujet de la variole, il serait intéressant de savoir quels sont les pays qui ont adopté la distinction entre variola major et variola minor ou alastrim; et quels sont les rapports constatés entre les deux types de variole. Des informations seront demandées sur ces points. En Pologne, depuis les lois de 1919 prescrivant, l'une la déclaration obligatoire, l'isolement à l'hôpital et l'institution d'une enquête pour chaque cas, l'autre la vaccination obligatoire, la variole a progressivement diminué et presque disparu. De 1907 à 1911, il y avait 355 décès par an dans la seule ville de Varsovie; en 1929, 12 cas seulement se sont produits dans toute la Pologne. La létalité est très faible (1 décès sur 46 cas). Il n'y a pas d'encéphalite postvaccinale; 3 cas, dont la symptomatologie n'était pas nette, ont été signalés en cinq ans pour plus de 9 millions de vaccinations et revaccinations. L'encéphalite post-vaccinale a diminué de fréquence en Allemagne: 11 cas en 1930, contre 27 en 1929; pas de décès. Dans 6 cas déclarés comme encéphalites post-vaccinales, l'autopsie a infirmé ce diagnostic. En Suède, il y eut, en 1929, trois cas pour 45,000 primo-vaccinations; en 1930, trois également, dont un encore à l'étude.

Le comité étudie ensuite la vaccination par le BCG dont l'innocuité apparaît comme absolue. Il constate ensuite l'augmentation du trachome en Pologne, en Egypte et en Palestine.

La poliomyélite a continué à sévir dans les Pays-Bas en 1930: 446 cas dans les huit premiers mois, chiffre bien plus élevé que celui de l'année précédente pour la même période. Les régions atteintes sont plutôt les provinces centrales, tandis qu'en 1929 celles du sud étaient les plus affectées, peut-être en relation avec l'épidémie du nord de la Belgique. Les cas sont très disséminés. La létalité a diminué de 21 pour cent en 1928 à 16 en 1929 et 7 en 1930; 71.3 pour cent des malades ont été des enfants au-dessous de quatre ans; on s'est appuyé sur cette circonstance pour ne pas décider la fermeture des écoles. En Allemagne, la fréquence de la maladie a été à peu près la même qu'en 1929 (900 cas dans les neuf premiers mois); elle s'est surtout manifestée dans les régions de l'ouest: Bade, Palatinat, circonscriptions de Dusseldorf et de Cologne. La létalité a été, respectivement, dans les quatre années 1927-1930; 15, 12, 11 et 9.5 pour cent. En Suisse, le nombre des cas est aussi à peu près stationnaire, 200 par an; ils sont plus rares dans les villes que dans les campagnes. Une épidémie a eu lieu en Finlande. Enfin, en France, 500 cas se sont produits de juin à octobre en Alsace et en Lorraine, dont 405 dans le département du Bas-Rhin, avec des foyers relativement importants. Les  $\frac{2}{3}$  des malades étaient des enfants de moins de cinq ans. A l'occasion du traitement sérothérapique de la

poliomyélite, deux questions se posent: celle du contrôle de l'activité des sérums obtenus par immunisation du cheval et celle de l'organisation de la récolte de sérum d'anciens malades.

Le traitement sérothérapique de la méningite cérébro-spinale a donné au Danemark des résultats si médiocres, dans les dernières années, qu'il a été abandonné. En Suède, l'opinion lui est peu favorable. Au contraire, en Roumanie, tandis que la léthalité des cas traités par d'autres méthodes atteint 65 pour cent, avec le traitement sérothérapique la léthalité d'une série récente de 101 cas, est de 18.3 pour cent, et après élimination des malades arrivés dans le coma ou morts un ou deux jours après leur entrée à l'hôpital de 10.9 pour cent. Chez les nourrissons, elle atteint 28.1 pour cent et, après correction, 15.6; chez les militaires, sur 21 cas, 1 seul décès (4.8 pour cent). Les facteurs favorables à la guérison ont été la précocité du traitement, la longueur du séjour à l'hôpital, l'emploi du sérum correspondant au type de méningocoque, l'injection intraventriculaire chez les nourrissons, l'arrêt de la sérothérapie au moment opportun. En France, la léthalité avant le traitement sérothérapique était de 65 à 75 pour cent. Les statistiques réunies par l'Office International d'Hygiène publique présentent toutes un abaissement important de ces taux, bien que s'écartant beaucoup les unes des autres. Dans le service d'isolement des hôpitaux de Lyon la léthalité est d'environ 50 pour cent; à l'hôpital Pasteur, à Paris, sur 135 cas, de 1910 à 1929, 28 pour cent, avec des taux extrêmes de 13 pour cent et 54 pour cent; dans l'armée française, de 1910 à 1919, 25 pour cent et, de 1920 à 1929, 33 pour cent; à l'hôpital maritime de Brest (246 cas), de 1907 à 1920, environ 30 pour cent et, de 1920 à 1929, 21 pour cent. Ces derniers chiffres, après élimination des cas admis à l'hôpital in extremis, insuffisamment traités ou compliqués, s'abaissent en moyenne à 9.5 pour cent. En Egypte, la méningite cérébro-spinale, diagnostiquée couramment depuis une vingtaine d'années, a d'abord paru frapper, à diverses reprises, un nombre assez élevé de membres de la même famille; puis, elle a donné quelques petites épidémies locales, et surtout des cas sporadiques sans lien entre eux. Elle est plus fréquente dans la saison d'hiver. La léthalité a été de 61 à 84 pour cent au Caire. Trois cas de méningite aiguë à réaction exclusivement lymphocytaire, sans bacilles de Koch ni autres micro-organismes décelables, et à issue favorable, ont été observés en Yougoslavie.

L'origine de la psittacose, qui s'est répandue dans les premiers mois de 1930, à travers le monde entier, a été attribuée à des perroquets provenant de l'Amazonie. Or, aucun cas humain n'a été constaté au Brésil, et il n'existe aucune indication qu'une épizootie ait atteint les perroquets dans les forêts du Brésil. L'infection ne semble s'être déclarée que dans la vie en captivité, après le départ du Brésil, et sans doute à cause de conditions défavorables d'alimentation, de température, d'entassement des perroquets importés.

On constate actuellement de 1 à 3 cas par semaine de fièvre ondulante à bacille de Bang en Suède. En France, un foyer de 16 cas a été observé en Franche-Comté, dans une population occupée à l'élevage des vaches. En Roumanie, on a constaté le pouvoir agglutinant pour le bacille de Bang de sérums humains, dans des fermes et chez des soldats. Un cas a été reconnu en Yougoslavie.

La nature des fièvres exanthématiques observées en Italie reste obscure. Tandis qu'aucun cas n'est connu en Lombardie, ils sont assez fréquents à Rome. Les uns croient à une affection du type de la maladie de Brill, les autres à une fièvre du type escharo-nodulaire. La réaction de Weil-Felix est fréquemment positive, au moins tardivement (chez les malades étudiés par le professeur Pecori, dans 69 pour cent de cas, vers le treizième au seizième jour); l'infection paraît être transmise par des tiques que l'on trouve chez 95 pour cent des chiens. A propos de la dénomination escharonodulaire, il faut noter que si l'escarre, ou du

moins la tache noire, n'est pas toujours apparente, on peut parfois la découvrir en la cherchant avec soin.

Le nombre des cas de bérubéri hospitalisés en Indochine dans les formations de l'assistance est allé en augmentant dans les dernières années (3,669 en 1928). Une enquête approfondie a montré que la plus grande partie s'étaient produits dans l'ouest de la Cochinchine, contrée riche dans laquelle l'usage du riz décortiqué mécaniquement s'est substitué à celui du riz grossièrement décortiqué au pilon. L'usage d'un riz incomplètement décortiqué a été prescrit—en même temps que la recommandation était faite d'introduire dans l'alimentation des fruits, des légumes verts, de la viande, du poisson frais. On a remarqué que l'affection était rare chez les enfants, et fréquente chez les femmes enceintes surtout à la fin de la grossesse. Parmi les additions au régime alimentaire qui aident à prévenir le bérubéri, on a employé avec succès les fèves aux Indes Néerlandaises, les arachides en Afrique.

Le cancer est relativement rare chez les populations noires plus fréquent dans la race jaune, sans y être aussi répandu que dans les pays européens et américains. Une revue de la littérature concernant le cancer dans les colonies françaises a été communiquée au comité. Dans l'Afrique occidentale, les tumeurs malignes les plus fréquentes sont des ostéo-sarcomes et des cancers de la muqueuse buccale (peut-être en relation avec l'habitude de mâcher des substances végétales irritantes); les tumeurs de l'estomac, du foie sont rares, ainsi que celles de l'utérus, malgré la fréquence des métrites ulcéreuses mal soignées ou non soignées. En Indochine, on trouve une forte proportion de tumeurs de la bouche (20 pour cent au total), de tumeurs cervicales (16 pour cent), de tumeurs du sein, de l'utérus et, chez l'homme, de la verge (repandues chez les peuples bouddhistes en général); les cancers de l'ovaire sont deux ou trois fois plus rares qu'en Europe. A noter, chez un Sénégalais, un sarcome mélanique siégeant au talon, c'est-à-dire dans une région du tégument faiblement pigmentée; ce fait confirme l'hypothèse que ces tumeurs se développent sous l'influence de troubles du métabolisme général, mais dans une région où se produisent des changements locaux de composition des humeurs et des cellules, et qui se trouve dans une zone où les éléments pigmentés sont voisins d'éléments exempts de pigment.

Le comité a ensuite étudié différentes questions relatives à la mortalité rurale, à l'acclimatation de la main-d'œuvre asiatique ou à des réglementations particulières.

*Le nitrisme professionnel.*—Les intoxications déterminées par les vapeurs nitreuses sont assez fréquentes et n'ont cessé d'augmenter depuis le premier cas relaté par Pott au milieu du siècle dernier. Beaucoup d'industries, en effet, utilisent les corps nitrés et certaines, comme l'industrie des explosifs, de la soie artificielle, du celluloid, de l'acide sulfurique, emploient un nombreux personnel ouvrier. Pour donner un idée de l'importance des vapeurs nitreuses comme cause d'intoxication professionnelle, rien n'est plus instructif que de citer quelques chiffres. Aux Etats-Unis, une statistique établie par Hamilton, pour une seule année (1916) et dans une seule industrie (celles des explosifs), donne un total de 1,389 cas d'intoxication par les vapeurs nitreuses; sur ce total on compte 28 cas mortels. En Allemagne, 24 décès ont été déclarés de 1914 à 1922; en Autriche, 4 de 1914 à 1918; en Grande-Bretagne, en dix années (1914-1924), 137 cas d'intoxication grave ont été enregistrés, dont 22 se sont terminés par la mort. En Suisse, en 7 ans, on signale 2 morts sur 52 cas. Pour la France, nous n'avons pas de statistique récente, mais nous trouvons signalés plusieurs cas mortels. Il est donc indispensable que les médecins soient avertis du danger de l'intoxication par les vapeurs nitreuses, de ses causes, des symptômes qui la caractérisent, des moyens de l'éviter.—(ANDRÉ VAIL, *Le Progrès Médical*, décembre 1930.)