

## OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Dans sa session d'octobre 1936, le Comité Permanent de l'Office International d'Hygiène Publique, a ratifié le projet de Statut sur le rôle qu'il aurait à jouer dans le nouveau Statut de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations, compris dans les projets de réforme des Commissions de la Société des Nations, qui a été approuvé par l'Assemblée le 10 octobre. Aux termes du nouveau Statut, le Comité permanent de l'Office International d'Hygiène publique conserve les fonctions de Conseil Général Consultatif d'Hygiène, qui lui étaient attribuées par le Statut établi en 1923 d'un commun accord entre l'Office International d'Hygiène publique et la Société des Nations. Mais, de plus, il tiendra chaque année, à l'issue d'une de ses sessions, une assemblée annuelle du Conseil Général Consultatif; il invitera les États membres de la Société des Nations qui ne participent pas à l'Office International d'Hygiène publique à se faire représenter à cette réunion et les membres du Comité d'Hygiène de la Société des Nations y assisteront de droit. L'Office International d'Hygiène publique, pourra, par le jeu de cette nouvelle disposition, apporter une collaboration plus effective à l'oeuvre de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations.

Le Comité a pris connaissance des nouvelles adhésions à l'Arrangement de 1934 pour la suppression du *visa consulaire*, ainsi que des accords particuliers pour la suppression du visa, conclus par échange de lettres entre des pays non signataires des dits arrangements. Au sujet de l'application de l'Arrangement de Bruxelles du 1<sup>er</sup> décembre 1934, relatif aux facilités offertes aux marins pour le traitement des maladies vénériennes dans les ports. Après un certain nombre d'autres pays, l'Australie, la Belgique, le Canada, les Colonies hollandaises de Curaçao et Surinam, le Mexique ont fait connaître qu'ils distribuaient aux médecins des Centres de traitement les Recommandations pour le traitement de la syphilis adressées par le Comité de l'Office aux Gouvernements.

Parmi les questions relatives à l'application de la Convention Sanitaire internationale de 1926 qui étaient soumises au Comité, on demandait si un port peut être désigné par un pays pour délivrer des *certificats* d'exemption de *dératisation*, bien qu'il n'ait pas été notifié à l'Office International d'Hygiène publique comme qualifié pour pratiquer la dératisation. Le Comité a reconnu que, dans certains cas exceptionnels, un port peut posséder le personnel qualifié pour inspecter les navires et accorder le certificat d'exemption, sans qu'il soit doté du matériel nécessaire pour effectuer des dératisations. Aussi, les dispositions de l'article 28 de la Convention ont-elles été dans quelques cas interprétées dans le sens le plus large. Cependant, le texte de la Convention est formel et le Comité a estimé qu'il y avait lieu de prier les Gouvernements de ne désigner à l'avenir comme qualifiés pour délivrer les certificats d'exemption que les ports possédant l'outillage et le personnel nécessaires pour pratiquer la dératisation. D'autre part, des ports de certains pays qui n'ont pas encore ratifié la Convention de 1926 effectuent parfois des dératisations et délivrent des certificats, bien que ces ports n'aient pas été notifiés comme dûment qualifiés. Il s'ensuit que des contestations se sont élevées au sujet de la validité des certificats délivrés dans ces conditions. Des démarches seront faites auprès des pays intéressés pour qu'ils désignent officiellement les ports qu'ils autorisent à pratiquer les dératisations périodiques prévues par l'article 28 de la Convention. Ainsi qu'il l'avait déjà fait dans plusieurs sessions antérieures, le Comité a examiné attentivement les cas, signalés à l'Office International d'Hygiène publique, de navires dératisés alors qu'ils

étaient en possession de certificats de dératisation ou d'exemption valables, l'inspection ayant révélé la présence, à bord de ces navires, de rats en nombre plus ou moins important. Le Comité n'a pu que se référer aux motifs, exposés à l'occasion des cas antérieurs de même nature pour lesquels il ne semble pas possible, dans des circonstances normales, de baser des mesures exceptionnelles sur une ré-infestation qui peut n'être due qu'à l'apport des marchandises et à l'accroissement naturel de la population murine; mais en même temps il a insisté de nouveau pour que les certificats de dératisation—et surtout d'exemption—ne soient délivrés que lorsque l'autorité sanitaire du port s'est assurée que l'opération a été efficace ou que l'inspection, pratiquée de préférence en cales vides, a montré que le navire est suffisamment exempt de rats. Enfin, le Comité rappelle qu'aucun certificat valable aux termes de l'article 28 de la Convention de 1926 ne doit être délivré après une dératisation partielle, mesure appliquée dans des circonstances très différentes de celles auxquelles se réfère ledit article.

Au sujet de l'application de la Convention Sanitaire Internationale pour la *Navigation aérienne* de 1933, le Comité a noté les progrès dans la désignation, transmise par l'Office International d'Hygiène publique, des aérodromes des diverses catégories prévues par la Convention et notamment des aérodromes anti-amarils. Le Gouvernement de l'Inde Britannique a cru nécessaire, en raison de l'établissement de relations aériennes directes entre les pays d'Afrique et Karachi, de promulguer un Règlement interdisant l'accès de son territoire à tout aéronef dans les neuf jours de son départ d'un pays où l'existence de la fièvre jaune est établie cliniquement ou par le test de protection de la souris, sauf démoustication, au Caire ou à Alexandrie, avec l'extrait de pyrèthre "Pyroicide 20" dans des conditions spécifiées. D'autre part, aucune personne ne peut arriver en aéronef avant l'expiration du même délai (sauf si le départ a été pris dans un aérodrome anti-amaril), à moins qu'elle n'ait été vaccinée contre la fièvre jaune. Aux termes de l'article 48 de la Convention, des mesures de ce genre ne peuvent être prises que pour des motifs exceptionnels, dont il devra être justifié. Le Comité a pris acte des circonstances qui ont paru au Gouvernement de l'Inde rendre indispensables, pour le moment, les interdictions prévues. Enfin, le Comité a pris connaissance des expériences faites à Karachi et à Khartoum sur la destruction des moustiques à bord des aéroplanes au moyen de la pulvérisation de liquides insecticides. Ces expériences ont donné des résultats encourageants à Karachi, où l'on a constaté que les *Aedes aegypti* étaient tués par la pulvérisation de l'extrait de pyrèthre (standardisé à 2 p. 100 de pyrèthrines) dénommé "Pyroicide 20," à la dose de 3 centimètres cubes par 1.000 pieds cubes (28 m<sup>3</sup>), après un temps d'exposition de 5 minutes dans la cabine, de 15 minutes dans les parties éloignées de l'appareil. Mis aussi au courant de certaines suggestions en vue de réaliser mécaniquement le "mosquito-proofing" des aéronefs, le Comité a estimé que l'étude de tels dispositifs méritait d'être continuée, en rappelant toutefois que la destruction des moustiques dans les aérodromes est le meilleur moyen de protéger les appareils contre leur invasion.

Les principaux faits communiqués au Comité et les aperçus qui lui ont été présentés concernant les maladies pestilentielles, les autres maladies infectieuses et la protection de la santé publique en général se résument comme suit:

*Maladies visées par les Conventions sanitaires internationales: Fièvre jaune.*— Les cas signalés depuis le début de 1936 ont été très rares en Afrique Occidentale (13 dans les Colonies françaises, 7 dans les Colonies britanniques); dans l'Amérique du Sud, un certain nombre de cas sporadiques ou de petites épidémies ont été découverts (16 cas en Bolivie, 51 en Colombie, 181 dans 7 États du Brésil). Les résultats de l'enquête faite au moyen du test de protection de la souris dans les îles de la mer des Antilles et dans l'Amérique Centrale, avec la collaboration

de la Fondation Rockefeller, ont été communiqués au Comité. Ils indiquent que, dans les îles de Cuba, la Jamaïque, la Barbade, Porto-Rico, Sainte-Lucie, Trinidad, il n'y a pas eu d'infection amarillique dans les 20 dernières années. Au Mexique, au Salvador, les plus jeunes sujets à réaction positive sont nés en 1925. L'infection a duré un peu plus dans ces pays qu'il n'est apparu d'après les cas connus de fièvre jaune, dont les derniers ont eu lieu respectivement en 1921 et 1924. Au Soudan Anglo-Egyptien, les recherches ont révélé des pourcentages notables de tests positifs dans plusieurs districts, atteignant 78 p. 100 dans celui de Kau. Il n'a pas été possible d'établir une relation entre ces tests positifs et l'existence dans le passé d'une maladie ressemblant cliniquement à la fièvre jaune. Au Congo Belge, des faits d'un caractère nouveau ont été constatés: on a réexaminé des sérums de sujets qui avaient été trouvés négatifs en 1932 et 1933; 6 p. 100 d'entre eux ont été cette fois positifs. On n'a trouvé aucun indice de l'existence, chez ces individus ou dans la région, d'une maladie ressemblant à la fièvre jaune; mais ils vivaient dans le même hutte ou dans des huttes voisines. D'autre part, une épidémie d'ictère infectieux a sévi dans la région de Libengé, proche de l'Ouganghi. Le pourcentage de tests positifs, qui était de 6 en 1933, est passé, après l'épidémie, à 26 chez les individus déclarant qu'ils n'avaient pas eu d'ictère et à 46 chez les convalescents d'ictère. Cependant, on n'a pas pu, jusqu'ici, identifier la maladie avec la fièvre jaune. On peut espérer que l'observation et l'étude de divers faits de ce genre conduira un jour à éclaircir le mystère des tests de protection positifs dans les régions où la fièvre jaune n'est jamais diagnostiquée. On connaît maintenant 15 cas dans lesquels le test de protection de la souris a été positif chez un singe d'Afrique (sur 76 examinés). L'examen histologique des coupes de foie chez les sujets décédés d'une affection fébrile de courte durée n'a pas apporté, en Afrique, de faits nouveaux intéressants. L'avis a été exprimé devant le Comité que le diagnostic de fièvre jaune ne devait pas être porté d'après l'examen histopathologique seul; les résultats de cet examen doivent être corroborés par les données cliniques et épidémiologiques. Le virus amaril atténué par culture sur tissus a continué à être employé pour la vaccination, en association avec un immun-sérum; il a été utilisé maintenant dans plus de 900 vaccinations, à Londres, New York et Rio de Janeiro et n'a provoqué aucune réaction notable. Les Drs. Sawyer et Bayer, de la Fondation Rockefeller, ont réussi à hyperimmuniser le singe *rhesus* par une méthode qui fournit un sérum 60 à 80 fois plus riche en anticorps que le sérum humain d'ancien malade. L'emploi de ce sérum permettrait d'injecter une dose beaucoup plus faible. Sur 535 vaccinations, une forte réaction sérique n'a été observée que dans un seul cas.

*Peste.*—L'infection pesteuse est plus répandue chez les rongeurs sauvages de certains État de l'Ouest des États-Unis qu'on ne le savait jusqu'à présent. Les animaux parasités appartenaient à diverses espèces d'écureuils fouisseurs (*Citellus oregonus*, *columbianus*, *richardsoni*, *elegans*, *armatus*, *C. beecheyi beecheyi*, déjà connu en Californie). Malgré l'extension de la peste chez les rongeurs, 2 cas humains seulement ont été observés dans ces régions.

*Typhus exanthématique.*—Le problème de la conservation du virus typhique dans les périodes interépidémiques continue à être étudié en Pologne. Il est remarquable que dans ce pays le typhus persiste, tandis que la fièvre récurrente, la fièvre des tranchées, qui sont aussi transmises par les poux, ont disparu. On a constaté que les poux s'infectent dans un pourcentage bien plus élevé sur les malades dans la première semaine de maladie que dans la seconde semaine: d'où l'importance de l'épouillage des malades. Des poux infectés ont été gardés vivants jusqu'à 45 jours, à la température de 32°—34°C. Quant aux infections invisibles, leur existence a été démontrée, par la réaction de Weil-Felix et par l'agglutination de *Rickettsia prowazeki*, chez 37 sujets dans l'entourage de malades.

Mais on n'a pas pu infecter de poux en les nourrissant sur ces sujets, ni infecter de cobayes avec leur sang; le rôle des affections inapparentes dans la propagation du typhus n'est donc pas évident. Mêmes conclusions en Tunisie, où, sur 284 sujets en contact avec des typhiques, 4.6 p. 100 avaient une réaction de Weil-Felix positive; en outre, le virus a été décelé, par inoculation au cobaye, dans le sang de 3 sujets ne présentant pas de symptômes de maladie. Mais on n'a jamais trouvé de réaction de Weil-Felix positive en dehors de foyers épidémiques ou après l'extinction des épidémies. D'autre part, le virus typhique murin existe chez 5 p. 100 des rats du port de Tunis examinés; mais il ne paraît pas intervenir dans l'épidémiologie du typhus, car un seul cas de transmission à l'homme a été observé. Une étude sur le mécanisme de l'immunité dans le typhus, faite au Mexique par Ruiz Castañeda et basée sur l'examen microscopique des coupes de tissu prélevé au point d'inoculation du virus chez le cobaye, a montré que l'afflux des polynucléaires avait pour résultat la disparition des Rickettsias. D'autre part, les expériences effectuées avec le sang de l'animal immunisé établissent que les opsonines sont un facteur important de l'immunité. En Tunisie et en Algérie, près de 4,000 vaccinations contre le typhus ont été pratiquées avec un vaccin vivant préparé par Laignet, à Tunis. Il s'agit d'un virus murin, desséché puis enrobé dans le jaune d'oeuf et dans l'huile d'olive; l'immunisation comporte 2 injections, la première de virus provenant du cerveau de cobaye (moins riche), la seconde de virus du cerveau de rat. Quelques réactions post-vaccinales fébriles ont été notées; ces cas sont les seuls dans lesquels la réaction de Weil-Felix devient positive. En général, il ne s'est plus produit de cas de typhus dans les foyers à partir du 7<sup>e</sup> jour après la vaccination. La durée de conservation du vaccin paraît être très courte.

*Autres maladies infectieuses: Poliomyélite.*—Dans l'épidémie danoise de 1934, les médecins ont diagnostiqué, en partie parce que tous les malades suspects ont été hospitalisés, une proportion d'environ 10 cas évoluant sans paralysie pour un cas paralytique. D'autre part, les cas sporadiques déclarés sont, dans tous les pays, toujours des cas avec paralysie. Il semble que, même dans les épidémies importantes, la proportion de cas sans paralysie soit très variable. D'après l'étude qui vient d'être faite en Suède, dans l'épidémie d'Eskestuna (1935-1936), elle était, de 34 p. 100 à la campagne, 30 p. 100 en ville; dans le district de Bohus (1936), elle a atteint 29 p. 100; on estime qu'en moyenne, il n'y a pas plus d'un cas sans paralysie pour un cas paralytique. Mais le diagnostic des cas sans paralysie est très difficile et incertain; en Suède, on ne considère aucun symptôme comme pathognomonique (même le signe de l'épine dorsale); le facies poliomyélique est inconstant; les altérations cytologiques du liquide céphalo-rachidien ne se distinguent pas de celles de l'encéphalite léthargique. De plus, on a observé des formes encéphalitiques, des parésies tardives apparaissant au cours de la troisième ou quatrième semaine de maladie; comment ces formes seraient elles classées? Le Comité a invité les Délégués à examiner avec l'administration sanitaire de leurs pays respectifs la possibilité d'y introduire, dans la déclaration des cas de poliomyélite, la mention "avec paralysie" ou "sans paralysie." Quant à la situation épidémiologique actuelle, plus de 2,200 cas ont été observés en Suède dans les 9 premiers mois de 1936; une recrudescence s'est produite en Norvège (249 cas en août, 278 en septembre); il y a eu, au cours de l'été, de petits foyers dans quelques cantons suisses; une petite épidémie s'est produite à Lisbonne, fait exceptionnel.

*Méningite cérébrospinale.*—De grandes épidémies ont sévi depuis 7 ans au Soudan Anglo-Egyptien, se déplaçant d'année en année. Dans l'Afrique Occidentale Française, les cas sont généralement sporadiques dans les régions à température toujours égale, mais des épidémies se développent dans celles où

il y a des périodes de chaleur et de pluie. On constate généralement l'arrêt des épidémies quand les pluies commencent à tomber. On a fait en 1936 une expérience de vaccination à Fort-Archambault, avec des souches locales de méningocoque. Près de 10,000 personnes ont été vaccinées. Peu de temps après, l'épidémie a cessé dans d'autres régions, avec la saison de pluies, de sorte qu'il est difficile d'apprécier les résultats de la vaccination; ils paraissent cependant avoir été favorables parmi la population Haoussas (pas de cas dans les deux tiers vaccinés, 15 cas dans le tiers non vacciné). Au Soudan Anglo-Egyptien, on avait vacciné 6,000 à 9,000 personnes, il y a 5 à 6 ans, sans résultats démonstratifs. L'emploi à titre préventif de vitamine A a paru, après les premiers essais, devoir être encouragé.

*Spirochétose ictérohemorragique.*—On n'a eu connaissance jusqu'ici en Pologne que d'une quinzaine de cas de maladie de Weil, dont 10 à Cracovie de 1929 à 1936; ils sont généralement en relation avec des bains de rivière. Au Danemark, la maladie est plus fréquente qu'on ne le pensait (40 cas en 3 ans). A Copenhague, 24 rats sur 100 ont été trouvés infectés. Dans les Pays Bas, cette affection est étudiée avec soin, avec le concours notamment de l'Institut Tropical d'Amsterdam. Sur 279 cas examinés, 106 ne présentaient pas d'ictère. La léthalité des cas ictériques a été de 20 p. 100. L'agent pathogène est presque toujours le leptospire d'Inada et Ito; mais sur 163 cas dont le germe a été étudié, 8 étaient causés par le *Leptospira canicola*, différencié par les auteurs hollandais. Cette espèce se trouve chez le chien un peu plus fréquemment que le leptospire classique, qui passe du rat au chien. Il ne produit pas d'ictère chez le chien, mais une affection rénale à marche chronique, souvent mortelle. Chez l'homme, 2 cas sur 8 présentaient une légère teinte subictérique de la sclérotique, les autres étaient anictériques. Tous les cas humains ont guéri. Le rat semble réfractaire. La maladie produite par *L. canicola* est distincte de la spirochétose classique; on connaît donc actuellement en Europe 3 leptospires: ictère-hémorragique, caniculaire et typhogrippale (*Schlamm feber*, fièvre des boues).

*Psittacose.*—L'Office International d'Hygiène publique avait demandé aux Délégués des divers pays quel est l'état actuel de la réglementation concernant l'importation des peroquets et perruches et le contrôle des élevages intérieurs. Dans presque tous les pays qui ont informé sont encore en vigueur les Règlements prohibant l'importation, sauf exception pour certaines origines d'oiseaux ou autorisation particulière, ou soumettant l'importation à des conditions spécifiées (Canada, Etats-Unis). L'Allemagne a en outre une législation relative au contrôle des élevages dans l'intérieur du pays. Aux Etats-Unis, les élevages de l'Etat de Californie sont soumis à une réglementation très stricte.

*Tuberculose humaine d'origine bovine.*—Des recherches récentes faites à Amsterdam ont révélé dans la tuberculose pulmonaire une fréquence du bacille bovin plus grande qu'on ne s'y attendait: 2.6 p. 100 chez des personnes habitant Amsterdam, 11.2 p. 100 chez des personnes de la campagne. D'autre part, dans le liquide de lavage de l'estomac chez les enfants, la proportion du bacille bovin était de 8.5 p. 100 (et même de 10.9 chez des enfants d'Amsterdam). Le Comité a demandé à cette occasion quelles données pouvaient être fournies par d'autres pays sur la fréquence de la tuberculose humaine d'origine bovine. Au Danemark, elle dépend directement de la fréquence de la tuberculose chez les bovidés de la région. En Allemagne, Möllers évalue à 2.8 p. 100 des cas de tuberculose ceux qui sont causés par le bacille bovin. La faiblesse du pourcentage général tient à la rareté du bacille bovin dans la tuberculose pulmonaire; pour les autres formes de tuberculose, les chiffres suivants sont donnés: adénites cervicales 22.3; lupus 24.3; organes abdominaux 32.7; os et articulations 4.6; méningite, sur 21 cas, pas de bacille bovin. Pour la tuberculose pulmonaire, le pourcentage était, jusqu'en

1931, 0.7 sur 283 cas étudiés. En Angleterre et en Écosse, les proportions de bacille bovin sont beaucoup plus élevées. Pour l'Angleterre et le Pays de Galles, le pourcentage n'est cependant pour la tuberculose pulmonaire, depuis 1931, que de 1.4 sur 2,030 cas étudiés; pour les autres formes: adénites cervicales 50 p. 100; lupus 48 p. 100; os et articulations 19.5 p 100; méningite 214 cas, 24.3 p. 100. Les chiffres sont plus élevés chez les enfants de moins de 5 ans: pour les mêmes formes, respectivement: 90.9, 57.3, 29.5 et 23.5. Les chiffres de l'Écosse dépassent encore ceux de l'Angleterre. D'après les statistiques connues, il y aurait des pays à incidence de la tuberculose d'origine bovine faible (Norvège, Inde, Japon); moyenne (Allemagne, Suisse); et élevée (Grande-Bretagne). On ne s'explique pas pourquoi le bacille bovin est aussi fréquent en Grande-Bretagne. Il provient sans doute du lait. On estime cependant à 5 p. 1,000 seulement le nombre des vaches dont le lait contient des bacilles tuberculeux; mais les laits mélangés ont été trouvés contaminés dans la proportion de 1 à 17 p. 100, selon les enquêtes, et, dans les grandes citernes amenant le lait à Londres, dans la proportion de 80 p. 100. Il est évident que dans tous les pays on doit s'efforcer de ne laisser mettre en vente que des laits exempts de bacilles tuberculeux vivants. Néanmoins, la suppression de cas de tuberculose humaine d'origine bovine n'aurait pas une grande influence sur les statistiques de morbidité tuberculeuse.

*Rhumatismes et cardiopathies rhumatismales.*—Le Délégué de la Roumanie (Danielopolu) a présenté au Comité un rapport très documenté sur l'importance sociale des rhumatismes infectieux et non infectieux, sur les séquelles cardiaques du rhumatisme polyarticulaire aigu et chronique, sur l'organisation préventive qu'il serait nécessaire d'établir dans chaque pays contre le rhumatisme et les maladies de l'appareil circulatoire. Il a insisté notamment sur le fait que la maladie de Bouillaud, qu'il propose d'appeler rhumatisme infectieux cardio-articulaire spécifique, est une affection qui, à défaut de soins appropriés, dure toute la vie et touche presque toujours le coeur. Mais les séquelles cardiaques du rhumatisme infectieux spécifique peuvent être évitées si l'on institue à temps le traitement au salicylate de soude, associé au bicarbonate, à très haute dose et pendant très longtemps. Les rhumatismes pseudo-infectieux (dont l'agent étiologique peut être le streptocoque, le gonocoque, le staphylocoque) ne frappent pas essentiellement le coeur. Comme les divers rhumatismes non infectieux, ils relèvent surtout de traitements physiothérapiques, de la balnéothérapie; la lutte contre ces formes de rhumatisme comporte une bonne organisation physiothérapique et des stations balnéaires pourvues d'hôpitaux. La lutte contre les rhumatismes et les maladies circulatoires, qui en sont dans une forte proportion les séquelles, devrait être dirigée dans chaque pays par un comité central. Les cardiaques devraient être dépistés dès le début des lésions et, après chaque épisode aigu dûment traité, être munis d'une fiche cardiologique.

Les autres questions présentées ont été: le pèlerinage de 1936; fièvre typhoïde; avortement épizootique; paludisme; ankylostomiase; pian; soins dentaires; enfants arriérés et anormaux; destruction des sauterelles par méthodes non dangereux; groupes sanguins; exploration sanitaire du Liberia.

---

*L'art et la chirurgie.*—L'art et la beauté sont des puissances souveraines qui transfigurent tout ce qu'elles touchent. Et s'il est de notre pouvoir de faire passer dans la chirurgie un peu de cette flamme éternelle qui illumine les belles oeuvres et les grandes actions, nous n'avons pas le droit de priver cette noble science de ce surcroît de splendeur. Nous n'avons pas le droit de laisser s'éteindre l'étincelle sacrée qui seule peut faire d'une opération sanglante un acte vraiment grand et qui s'élève bien haut au-dessus de l'oeuvre commune.—JEAN-LOUIS FAVRE.