

INFORMATION SANITAIRE

Office International d'Hygiène Publique

Le Comité permanent de l'Office International d'Hygiène Publique a publié le compte rendu des travaux de sa session d'octobre 1933, qui a eu lieu à Paris, sous la présidence de Sir George S. Buchanan (Grande-Bretagne).

Pèlerinage au Hedjaz en 1933.—L'état sanitaire de ce pèlerinage a été bon. L'étude des patentes de santé a été ensuite poursuivie, et le Comité a délibéré sur les questions sanitaires relatives à la navigation aérienne.

Peste en Afrique.—Des renseignements ont déjà été reçus de l'Égypte, la Tunisie, l'Algérie, l'Afrique Occidentale Française, Sierra-Leone, la Nigeria, le Congo Belge, l'Union de l'Afrique du Sud, le Nyassaland, le Tanganyika. Il semble résulter que, dans les pays cités, il n'existe actuellement qu'une région où l'enzootie des rongeurs sauvages conserve et propage le virus: c'est la zone étendue qui, de l'État libre d'Orange et de la partie orientale de la Province du Cap, a gagné au Nord la Rhodésie par le Transvaal et à l'Ouest les confins de l'Angola par l'Obamboland. Les foyers de peste murine qui pourront être reconnus devraient être délimités et circonscrits.

Choléra.—Un rapport a montré que les épidémies de choléra qui ont sévi au Hedjaz de 1831 à 1912 (dernière année où le choléra ait été signalé) se sont produites avec une fréquence presque égale en été et en hiver; seuls, les deux mois d'avril et août ont toujours été indemnes. Les épidémies d'été ont une mortalité plus forte, mais celles d'hiver durent plus longtemps. Quant aux pays d'où le choléra peut être apporté au Hedjaz, on y observe des épidémies en toutes saisons; dans l'Inde notamment, l'incidence saisonnière varie selon les provinces; en général, il y a un maximum dans le troisième trimestre et un autre en décembre-janvier. La défense du Hedjaz contre le choléra dépend, avant tout, de la généralisation de la vaccination anticholérique; l'époque de de l'année a peu d'importance.

La fièvre jaune.—La méthode de vaccination contre la fièvre jaune par l'emploi combiné de virus fixé sur la souris et d'immunisérum a été rendue plus pratique par la substitution, pour le sérum, de l'injection intradermique à l'injection sous-cutanée: la quantité nécessaire n'est que de 1 centimètre cube, au lieu de 35 à 45 centimètre cubes, et les résultats semblent équivalents.

Variole.—L'épidémie de variole bénigne qui sévit en Angleterre depuis 1922 et a produit dans la période 1922-32 plus de 80,000 cas, peut être considérée comme à peu près éteinte.

Quelques cas d'encéphalite post-vaccinale ont été constatés en 1933 en Angleterre, dans les Pays-Bas, en Suède. Les chiffres absolus sont faibles, mais ils doivent être rapportés à un nombre de vaccinations en diminution notable, surtout à l'âge scolaire; la proportion des cas est restée la même dans les Pays-Bas (1 pour 5,000), en Suède (1 pour 20,000). Les chiffres concernant l'Allemagne ne sont pas encore établis pour 1933. On se préoccupe, dans les Pays-Bas, du grand nombre d'enfants de 4 à 9 ans qui ne seraient pas immunisés, au cas où une épidémie de variole se déclarerait; une organisation, comprenant des médecins, des infirmières, des locaux, est prête à fonctionner en cas d'épidémie imminente.

Le *typhus exanthématique* a été plus fréquent en 1933 qu'en 1932 dans de nombreux pays.

Scarlatine.—Le délégué de la Grande-Bretagne a présenté au Comité les résultats des études faites en Angleterre par le docteur Griffith sur les streptocoques scarlatineux. Sur 222 souches isolées d'angines scarlatineuses, 70 pour cent appartenaient à 4 types sérologiques, les autres à des types divers; le groupe des streptocoques présents chez les scarlatineux n'est donc pas sérologiquement homogène. D'autre part, des streptocoques des types scarlatineux les plus fréquents peuvent provoquer des épidémies d'angines, compliquées d'otites, de mastoïdites, de septicémie, sans un seul cas d'éruption scarlatineuse; et des streptocoques hémolytiques isolés d'autres infections que la scarlatine sont capables de produire une toxine. Cependant, il est de règle que, dans un foyer de scarlatine, on ne rencontre qu'un seul type sérologique; et lorsque, pendant la convalescence, il survient, chez un sujet, une deuxième atteinte de la maladie, fait qui n'est pas rare, le streptocoque est différent de celui qui a causé la première attaque. Il résulterait de ces constatations que la scarlatine serait une des manifestations—mais non la seule possible—d'une infection streptococcique par un streptocoque hémolytique produisant assez de toxine érythématogène pour surmonter l'immunité antitoxique du sujet. On voit que l'unanimité n'est pas faite dans l'interprétation du rôle des streptocoques hémolytiques dans la pathogénèse de la scarlatine.

Rougeole.—La séro-prophylaxie de la rougeole est maintenant appliquée en Angleterre, suivant des modalités différentes, à Liverpool, Birmingham, Manchester, Brighton. Dans une enquête faite à Londres en 1931-32, chez 2,020 enfants en contact avec des malades, dont 680 reçurent du sérum de convalescent et 1,133 du sérum d'adulte (en quantité double), la proportion de sujets qui échappèrent à la contagion fut 3 fois plus forte que chez les témoins non traités. De plus, quand le sérum avait été donné avant le 5^e jour d'incubation, les rougeoles qui se sont déclarées ont évolué sous une forme très bénigne. Au Portugal, les essais d'immunisation passive contre la rougeole au moyen du sang placentaire ou du sérum correspondant ont continué avec succès. Des expériences sur les animaux ont montré que le sang placentaire possède aussi une certaine action protectrice contre l'infection diphtérique.

Encéphalite léthargique.—Une épidémie d'encéphalite léthargique d'une intensité exceptionnelle a éclaté à Saint-Louis (États-Unis) dans le courant de l'été 1933; du 1^{er} juillet au 1^{er} octobre, 1,029 cas, 187 décès. L'encéphalite léthargique a produit en moyenne 20,000 à 22,000 cas par an aux États-Unis, dans la période de 1920 à 1932; la fréquence est de même ordre que celle de la poliomyélite; mais la maladie a habituellement un caractère sporadique ou endémique. Dans l'épidémie de Saint-Louis, elle a des traits particuliers. On s'est demandé s'il s'agissait d'un type nouveau. A ce propos, il a été rappelé dans le Comité de l'Office que l'encéphalite léthargique a présenté en Europe, de 1918 à 1924, un caractère très polymorphe.

Poliomyélite.—Une petite épidémie de 11 cas de poliomyélite a été observée parmi les élèves internes d'une école en Grande-Bretagne; 7 de ces cas, très légers, ont guéri entièrement sans avoir reçu de traitement sérothérapique; de tels faits ne doivent pas être perdus de vue, lorsqu'on apprécie les résultats du traitement sérothérapique dans un foyer. Au Danemark, une épidémie est apparue dans un district rural restreint. Un cas de contagion certaine par contact personnel a été observé dans un hôpital. Les médecins ont appris à diagnostiquer la maladie au stade préparalytique, dans le milieu épidémique. Le sérum de convalescent a empêché la paralysie de se développer, lorsqu'il a été appliqué à ce stade. Il s'est montré inefficace quand des symptômes paralytiques, même légers, étaient apparus avant qu'il soit administré.

Typhoïde.—La vaccination contre les fièvres du groupe typhoïdique a donné en Pologne des résultats jugés moins bons qu'on ne l'espérait. Il semble, d'après la discussion qui a suivi cette communication, que le vaccin employé en Pologne ait été relativement pauvre en germes: 750 millions de bacilles typhiques et 250 millions de chacun des paratyphiques A, B, C, par centimètre cube; la vaccination comportait 2 injections, de 0.5 et 1 centimètre cube. En Roumanie, où l'on estime que la vaccination a fait pratiquement disparaître les affections typhoïdiques de l'Armée, le vaccin contient, par centimètre cube, 3 milliards de bacilles typhiques et 1 milliard et demi de paratyphiques A et B.

La *maladie de Weil* continue à préoccuper l'autorité sanitaire dans les Pays-Bas. Le nombre des cas déclarés a été de 207 en 1932, 134 en 1933 jusqu'à mi-octobre. La myalgie épidémique continue à sévir au Danemark, avec la même fréquence et la même incidence saisonnière. En Suède, il y a eu, en 1931, une vive poussée de cette maladie; le total des cas peut être estimé à 12,000. En 1932 et 1933, quelques cas seulement. Quant à la répartition géographique, les régions côtières de la partie centrale et méridionale de la Suède et les îles aboisinantes ont presque seules été atteintes. Des régions séparant des territoires fortement touchés sont restées indemnes (notamment les villes de Gothenbourg et de Stockholm). Cette particularité a donné naissance à l'hypothèse que la contamination ne se ferait pas toujours par contact, mais peut-être plutôt par voie digestive; la maladie a surtout affecté des contrées basses et riches en eaux. La myalgie épidémique a été signalée à plusieurs reprises en Norvège; elle y a été décrite notamment sous le nom de maladie de Bamle; mais elle n'a pas été constatée au cours des dernières années, 1931 inclus; 2 cas viennent d'être observés à Belgrade et 3 nouveaux cas au Portugal, qui s'ajoutent aux 3 cas signalés à partir de 1932. Elle ne paraît pas se rencontrer actuellement en Allemagne, Belgique, Pays-Bas, U.R.S.S., Grande-Bretagne, États-Unis.

Tuberculose.—L'Australie est un des pays du monde les moins touchés par la tuberculose: la mortalité est de 47 pour 100,000 pour la tuberculose pulmonaire, 54 pour la tuberculose sous toutes les formes. Le fait le plus remarquable qui la concerne est l'absence presque complète de décès au-dessous de l'âge de 15 ans. Dans quelques enquêtes sur le type de bacille rencontré, on n'a pas trouvé de bacille bovin chez les sujets âgés de plus de 4 ans; au-dessous de cet âge, le bacille isolé dans 26 pour cent des cas était du type bovin. La morbidité tuberculeuse est faible, 1 à 2 pour mille, dans quelques groupes de population prospectés: instituteurs, employés de chemins de fer. Mais parmi les ouvriers de plusieurs mines et carrières de grès, la proportion atteint de 31 à 75 pour mille.

L'incidence de la lèpre dans le Soudan Anglo-Egyptien a été étudiée tant au point de vue des races que de la distribution géographique, de l'altitude, de climat, des mœurs et de la vie économique des populations. Le facteur le plus important qui paraisse conditionner la fréquence de la maladie est la privation de lait, liée à l'absence de pâturages.

Au Congo Belge, 4,600 lépreux ont été dépistés dans la région du Nepoko, sur une population de 443,700 habitants.

Paludisme.—Des réponses concernant la Marine britannique, les colonies britanniques, quelques colonies françaises, la Marine de commerce allemande, les régions impaludées d'Italie ont été données à la demande d'informations de l'Office au sujet des règlements ou instructions officielles en vigueur pour la protection des Européens dans les pays où le paludisme est endémique. Elles feront ultérieurement l'objet d'une étude récapitulative. L'administration sanitaire italienne a grande confiance dans l'efficacité de la prophylaxie quinine, dont les preuves abondent dans l'histoire de la malaria en Italie. Elle était la seule mesure employée dans la première phase de la lutte antipaludique et a eu pour

conséquence l'abaissement du taux de la mortalité malarique de 536 par million en 1888 à 57 en 1914. La morbidité a diminué dans des proportions encore plus fortes dans certaines classes de la population, les employés des chemins de fer, par exemple. Une étude détaillée a été présentée sur les caractères du paludisme, sur ses variations saisonnières et leurs causes et sur les résultats des campagnes de prophylaxie dans deux régions de la Yougoslavie, la Dalmatie, où prédomine la tierce maligne, et la Serbie du Sud, surtout affectée par la tierce bénigne. L'infection est le plus souvent transmise par *A. maculipennis* dans les vallées, *A. superpictus* dans les pays montagneux. On a noté la grande sensibilité des enfants de moins d'un an à la tierce bénigne. Une régression considérable de la maladie a été obtenue. En Dalmatie, à une époque où l'on n'employait pas d'autre moyen de lutte que la distribution de quinine, la tierce maligne a notablement diminué, malgré sa résistance au traitement quinique. Les mesures larvicides ont presque amené dans certaines régions la disparition d'*A. superpictus*: à l'égard d'*A. maculipennis*, les résultats sont moins satisfaisants. Le pétrolage est préféré à la projection de Vert de Paris, qui n'est bien efficace que par temps sec et en l'absence de vent. On se propose dans l'avenir d'intensifier, avec la collaboration de la population, la lutte contre les anophèles, forme considérée comme la plus efficace de la prophylaxie antimalarique. En Égypte, la lutte contre le paludisme est aussi conduite par les moyens habituels, entre autres les grands travaux de drainage, et la création de stations semi-fixes, qui servent de centres de prophylaxie, de traitement et d'études.

La bilharziose menaçait d'envahir une région du Soudan Anglo-Égyptien, longue de 160 kilomètres et large de 60 kilomètres, qui est irriguée depuis 9 ans et occupée par une population très dense. De sévères mesures préventives ont été instituées dès le début.

Goitre.—La théorie de la carence d'iode comme facteur déterminant perd du terrain. Mais l'iode jouerait un rôle curatif; et c'est sur ce rôle que serait fondée la prophylaxie par distribution de sel iodé.

Une maladie nouvelle.—On étudie systématiquement à Joachimsthal, en Tchécoslovaquie, depuis 1923, une maladie énigmatique observée parmi les ouvriers des mines d'ou l'on extrait le radium. Beaucoup de décès de mineurs ont été, après autopsie, rapportés au cancer du poumon. De nouvelles recherches, subventionnées par l'État, ont pour but d'étudier de quelle manière l'émanation du radium peut avoir une influence sur la genèse du cancer et s'il est possible de saisir par l'examen clinique et radioscopique les premiers stades de l'affection.

Désinfection terminale.—Enfin, le Comité a repris l'examen d'un problème qu'il avait discuté il y a quelques années, l'utilité de la désinfection dite terminale, c'est-à-dire essentiellement de la fumigation des locaux et de l'étuvage du linge, de la literie, après la guérison, le transport à l'hôpital ou le décès d'un cas de maladie contagieuse. Les dépenses considérables qu'entraîne l'entretien d'un personnel et d'un matériel coûteux sont-elles justifiées par l'efficacité de ces mesures? Le Comité a décidé de commencer l'étude de la question en réunissant des informations sur la situation de fait dans les divers pays. Existe-t-il des villes, ou des régions rurales, dans lesquelles la désinfection terminale, telle qu'elle a été définie, a été supprimée? Si oui, la suppression s'applique-t-elle à toutes les maladies contagieuses, ou à certaines maladies seulement? La désinfection en cours de maladie est-elle effectuée et par quel personnel? Quelles sont les observations qui ont été recueillies sur les conséquences, au point de vue de la propagation des maladies infectieuses, de la suppression des désinfections terminales? Le Comité a encore étudié la protection de l'enfant à l'âge préscolaire, et le magnifique développement de l'assistance hospitalière et de l'hygiène en Italie.