

entre 2 et 5 ans: ceci a son importance pour l'application de la méthode. L'anatoxine de Ramon a le grande avantage sur les mélanges toxico-antitoxiques d'avoir perdu par le chauffage et le formol son pouvoir toxique, tout en conservant son pouvoir antigène, c'est à-dire la propriété de faire naître des anticorps dans le sérum des animaux et des les vacciner. Quoique l'anatoxine de Ramon provoque rarement des phénomènes d'ordre général, il n'en est pas moins vrai que les phénomènes locaux souvent fort désagréables atteignent en 1928 80 pour-cent des sujets, et que cette année-ci encore ils atteignent 55 pour-cent avec une moitié de réactions fortes. L'ennui occasionné est d'autant plus désagréable que la vaccination pour être complète doit se répéter par 3 fois. A ce point de vue, l'anatoxine de Ramon ne constitue pas l'idéal et c'est à cette tâche, c'est-à-dire l'élimination des albumines étrangères, que doivent s'atteler les bactériologues. Ces réactions vaccinales s'observent surtout chez les adolescents et adultes et sont d'autant plus rares et légères que l'enfant est plus jeune. On devrait vacciner tous les enfants de 2 à 7 ans parce qu'aucun n'est à l'abri de la diphtérie et l'immunité passive acquise à la naissance se perd bien rapidement. Au delà de cet âge une discrimination peut être faite à l'aide du réactif de Schick. La vaccination doit se faire de préférence entre 18 et 24 mois et ceci pour deux raisons: d'une part à partir de l'âge de 2 ans commence la période de grande réceptivité et, la durée de l'immunité étant au minimum de 7 années, celle-ci est amplement suffisante pour couvrir la période dangereuse dans la grande majorité des cas; d'autre part il n'est pas à conseiller de procéder plus tôt à la vaccination, l'enfant en bas âge perdant trop vite l'immunité acquise ou n'acquérant pas facilement celle-ci. La durée de l'immunisation s'étend au minimum sur un laps de temps de 7 ans. Il semble que de tels faits ne peuvent que fortifier la foi dans le traitement préventif de la diphtérie, et pour conclure on dira que l'emploi de l'anatoxine, à part des inconvénients signalés, est un procédé de choix dans la prophylaxie antidiphtérique. Il est permis d'affirmer l'efficacité de la vaccination pour protéger les individus et les collectivités contre les atteintes de la maladie et le jour où la mesure deviendra générale et les médecins auront conscience de son innocuité et surtout des ses bienfaits, la diphtérie comme la variole aura vécu et la vue des enfants emmenés à la table d'opération en pleine asphyxie ne sera plus qu'un pénible souvenir.

Séro-Diagnostic du Paludisme

Comme conclusion de ses derniers travaux, Henry donne les indications suivantes: Lorsque la ferro-floculation et la mélanoréaction sont simultanément et nettement positives il s'agit sûrement de paludisme. De même lorsque l'une des deux réactions est nette et l'autre légère. Si les deux à la fois sont faiblement positives il y a probabilité de paludisme. Lorsque les réactions sont l'une positive, l'autre négative on ne devra penser au paludisme que si celle qui est positive l'est très nettement. Les réactions négatives ne seront tenues pour telles qu'après répétition de l'épreuve, notamment en dehors de accès fébriles qui peuvent faire disparaître momentanément la floculation; on tiendra compte parallèlement des autres tests hématologiques, recherche de l'hématozoaire, formule leucocytaire et, bien entendu et avant tout, les données cliniques. Quant à la valeur comparée des deux réactions, la mélanoréaction paraît, en général, plus sensible que la ferro-réaction; elle peut apparaître, dans les infections à *falciparum* dès le 5^e jour de fièvre, plusieurs jours avant la ferro-floculation. Au cours de l'évolution de paludisme, la mélanoréaction reste positive plus longtemps que la ferro-floculation. Appuyé sur de pareils résultants, l'intérêt pratique de la réaction d'Henry apparaît, dès à présent, comme très grande. Au point de vue du diagnostic, on tirera profit de l'apparition précoce de la mélanoréaction dans les formes à *falciparum* où la constatation de l'hématozoaire dans

le sang circulant est parfois difficile. Constante après le 8° ou 10° accès dans toutes les formes de paludisme, la réaction d'Henry sera un moyen précieux de diagnostic dans les périodes d'apyrexie et permettra, si elle est négative, d'écarter les fièvres d'accès pseudo-palustres. Très fréquente dans le paludisme chronique avec séquelles viscérales, elle permettra dans ces cas d'établir le diagnostic étiologique de certaines viscérites de causes imprécises. Rare au contraire chez les malades superficiellement impaludés mais guéris sans complications organiques, elle aidera les médecins experts à écarter les revendications de ces expaludéens qui veulent monnayer à leur profit certaines opinions touchant la chronicité du paludisme trop favorables à leurs désirs. La séro-floculation paraît susceptible de rendre de grands services comme guide du traitement des paludéens. Régulièrement observée de semaine en semaine chez des malades en évolution, soumis au traitement mixte para la quinine et l'arsenic, la réaction sérologique s'affaiblit mais ne disparaît pas complètement, même à l'issue d'une cure de fond menée selon les règles les plus classiques. Traduit-elle ainsi seulement la persistance du trouble humoral qui a déterminé la formation des pigments utilisés dans la réaction ou marque-t-elle la persistance de l'agent infectieux prêt à se réveiller sous l'influence de causes favorisantes? La question ne peut se résoudre qu'avec le temps et par l'examen prolongé de sujets placés dans les conditions idoines, à l'abri de réinfections malarieuses. Enfin dans les enquêtes épidémiologiques, on pourra établir, pour juger de l'impaludation des habitants d'une région suspecte, un index sérologique complétant et contrôlant l'index hématologique et l'index splénique. La diffusion de la méthode d'Henry est donc susceptible de rendre de grands services aux médecins exerçant en pays palustres. ²

Le Pèlerinage de l'Année 1930

Le nombre des pèlerins arrivés par voie de mer au Hedjaz a été, cette année, de 84,821 contre 88,000 en 1929. Le nombre de pèlerins qui ont passé par l'Égypte a été de 23,776, soit une diminution de 4,145. Le retour de pèlerinage a été déclaré, le 22 mai 1930, brut de choléra, après la trouvaille, de 11 porteurs sains de vibrions, dont 1 agglutinant. Au cours de la campagne, un total de 2 vibrions agglutinants et 44 non-agglutinants fut trouvé parmi les pèlerins qui ont passé par Tor. Les heureux résultats des décisions prises à la Conférence de Beyrouth en janvier 1929 ont continué à se faire sentir cette année, particulièrement dans le transit des pèlerins par la Syrie et l'Irak. En ce qui concerne les pèlerins arrivant du sud au Hedjaz, les vaccinations obligatoires tendent à se généraliser dans les ports d'embarquement. La plupart des pays d'origine des pèlerins ont suivi les prescriptions de la Convention Sanitaire Internationale de 1926. Ainsi que chaque année, la vaccination des pèlerins non vaccinés ou incomplètement vaccinés fut effectuée par les autorités quarantenaïres. En ce qui concerne l'inoculation anticholérique, une première dose de 0.5 c.c. était administrée au port d'arrivée du pèlerin, et la seconde dose de 1 c.c. à Suez, avant l'embarquement pour Djeddah. Cette année la proportion des non vaccinés fut sensiblement plus forte que l'année dernière. Le pèlerinage de la Mecque a été indemne de choléra depuis 1913, grâce aux mesures rigoureuses prises contre l'introduction de cette maladie. Dans les années précédentes, le choléra était un phénomène habituel au Hedjaz et provoquait parfois une mortalité très élevée. Le choléra n'a pas fait son apparition depuis 1927 dans l'Irak ou dans tout autre pays à l'ouest de l'Inde. Immédiatement avant et pendant le pèlerinage proprement dit, les renseignements recueillis étaient très rassurants au point de vue des maladies pestilentielles. On devrait remédier à l'abus des épithètes vagues données par les médecins des navires pour les causes des décès survenus à bord. L'on sait comment ces épithètes cachaient autrefois des cas avérés de choléra.

² Rayband, A.: Marseille Méd. 67: 720 (5 juin) 1930.