

# INFORMATION SANITAIRE

## Vaccination Antidiphthérique

La Croix-Rouge de Belgique et la presse politique ont fait au début de l'année 1930 une propagande intense en faveur de la vaccination antidiphthérique.<sup>1</sup> Cette propagande a frappé beaucoup moins l'esprit du public que celle relative au seul cas de variole hypothétique éclo à la capitale l'année passée. Et pourtant cette dernière maladie a disparu du pays, mais l'horreur des dernières épidémies a inspiré aux personnes une crainte salutaire qui leur a fait accepter sans aucune réticence l'application de la merveilleuse découverte de Jenner. Voyons à quel titre la diphthérie est digne d'une telle attention. Depuis la découverte de la sérothérapie par Roux et von Behring et après qu'en 1894 au Congrès international de Budapest la séro-thérapie eut été adoptée à l'unanimité des voix, la mortalité a vite diminué. La mortalité diphthérique bat en retraite jusqu'aux environs de l'année 1922. A partir de ce moment elle reste stationnaire avec tendance à une légère recrudescence depuis deux ans. La mortalité d'autres maladies transmissibles telles que la fièvre typhoïde et la scarlatine, baisse encore progressivement. Or, la diphthérie est la seule affection contre laquelle nous disposons de moyens vraiment spécifiques et réellement efficaces, d'où découle logiquement la conclusion suivante formulée par Bessemans: La régression de la mortalité diphthérique n'est pas essentiellement due à l'utilisation d'armes spécifiquement dirigées contre elle, mais en majeure partie à des facteurs qui se retrouvent dans la lutte contre toutes les maladies contagieuses et que consistent dans l'amélioration des conditions hygiéniques, prophylactiques et thérapeutiques générales, et il suffit que pendant un certain laps de temps ces facteurs fassent relâche pour voir remonter immédiatement la courbe de la morbidité et de la mortalité. Quand, il y a quelques années, furent connus les porteurs de germes, on eut l'espoir qu'en stérilisant ceux-ci, on aurait trouvé le moyen idéal de combattre la maladie et d'en diminuer encore la léthalité. Malheureusement il n'en fut rien. Exemple: France en 1923, 11,033 malades; en 1928, 18,898; Hôpital "La Biloque" en 1926-27, 43 malades; en 1928-29, 125 malades. Dans le service des diphthériques de l'hôpital civil de Gand le taux de la mortalité s'élève à 17.5 pour-cent; de 1915 à 1920 à 11.2 pour-cent; de 1931 à 1929 à 8 pour-cent. Ce dernier chiffre n'a aucune tendance à la baisse. Dans ces conditions rien d'étonnant que des savants de laboratoire se soient efforcés de rechercher d'autres méthodes, plus efficaces encore, de lutte contre la diphthérie: la diphthérino-réaction et de l'immunisation antidiphthérique artificielle active ou vaccination. Un Schick négatif met-il un enfant définitivement à l'abri de la toxémie diphthérique? On peut répondre hardiment: non. Un sujet en possession d'antitoxines suffisantes pour réagir négativement, peut parfaitement les perdre sous l'une ou l'autre influence au bout d'un certain temps, mais une réaction positive est une preuve indubitable d'un manque d'immunisation vis-à-vis du Klebs-Loeffler; une réaction négative ne donne qu'une grande probabilité. De cette dernière proposition découle une remarque très importante: Inutile de pratiquer la réaction de Schick chez les enfants en dessous de 7 ans; cette épreuve ne pourrait donner qu'une fausse sécurité. Les enfants sont les plus exposés à l'infection diphthériques

<sup>1</sup> Moreels, G.: Rev. Belge Sc. Méd. 2: 710 (sept.-oct.) 1930.

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<sup>e</sup> 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