

OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Le Comité permanent de l'*Office International d'Hygiène Publique* s'est réuni à Paris en mai dernier. 54 pays étaient représentés. Au cours de ses travaux, différents renseignements ont été apportés.

Fièvre jaune.—La fièvre jaune continue à retenir l'attention, par l'évolution des connaissances qui la concernent et par les problèmes qu'elle pose dans le plan international. La maladie, bien que soigneusement recherchée, a été rare en Afrique: 14 cas seulement pour l'ensemble des colonies françaises. Pour la première fois, un cas a été constaté à Brazzaville, probablement contracté au Moyen Congo, pendant le voyage de Bangui à Brazzaville. En Amérique du Sud, des cas sporadiques assez nombreux et de petites épidémies ont été découverts, grâce aux examens histologiques du foie systématiquement effectués par le Service anti-mariébrésilien, dans divers Etats du Brésil (Goyaz, Matto Grosso, Maranhao, Para, Minas Geraes, Sao Paulo), en Colombie et en Bolivie. Plusieurs cas de formes nerveuses ont été signalés en Afrique; l'un d'eux, confirmé par l'examen histologique du foie, avait présenté une symptomatologie qui imposait le diagnostic de poliomyélite à marche ascendante.

Choléra.—Le programme de travaux sur le choléra, établi dans l'Inde avec le concours de l'*Indian Research Fund Association*, continue à être mis à exécution. On a décidé d'adopter pour l'étude sérologique des vibrions une base unique et en conséquence de n'employer que des sérums "O" purs. Ceux qui sont utilisés actuellement ont été préparés avec les souches japonaises "type original" et "variante." Jusqu'ici, on n'a isolé de cas de choléra dans l'Inde que le type original, ou des vibrions inagglutinables par les deux sérums; certains appartiennent à d'autres groupes O de Gardner ou correspondent à d'autres souches isolées à Calcutta. Les études sont poursuivies sur la structure chimique des vibrions et leurs réactions biologiques, sur la structure des protéines vibroniennes, sur la respiration et la glycolyse des divers types chimiques de vibrions. Ces dernières recherches ont montré que le métabolisme des vibrions cholériques typiques est beaucoup plus actif que celui des souches El Tor et des vibrions isolés des eaux. La vaccination anticholérique a été employée l'année dernière en Birmanie et dans le Cachemire, avec des résultats très satisfaisants. Des travaux expérimentaux sur les vaccins ont établi que le délai dans lequel ils doivent être utilisés peut être sans inconvénient porté à un an, au lieu de la limite de 6 mois observée jusqu'ici. À titre de contribution à la recherche de l'origine des vibrions cholériques type El Tor trouvés à la station de Tor au retour du pèlerinage, on a cherché le vibron de Tor aux Indes Néerlandaises chez les pèlerins avant leur embarquement. Sur 7,000 pèlerins examinés, ce vibron n'a pas été trouvé.

Diphthérie et vaccination antidiphthérique.—On emploie l'anatoxine Ramon en Pologne, Roumanie, Turquie, Yougoslavie. Dans les trois derniers pays, on fait 3 injections dont les doses sont de 0,5, 1 et 1 cm³ 5; l'anatoxine titre au moins 20 unités en Roumanie, en Yougoslavie, moins jusqu'ici en Turquie. Au Mexique, on vaccine avec l'anatoxine Ramon, avec le mélange toxine-antitoxine et avec le toxoïde précipité par l'alun. Dans l'Inde, il n'a été fait qu'un petit nombre de vaccinations, avec des mélanges de toxine-antitoxine, ou avec le floculat de toxine-antitoxine. La proportion de réactions de Schick négatives après la vaccination est de 90 à 98 p. 100 en Roumanie. Au Mexique, on a obtenu 93 p. 100 de Schick négatifs avec 3 injections de 0,5, 1 et 1 cm³ 5 et 93 à 94 p. 100 avec

2 injections de 1 et 2 cm³; ce taux persiste après 4 ans. Le mélange toxine-antitoxine, employé de préférence au-dessus de l'âge de 8 ans, en 3 injections de 1 cm³, n'a immunisé que 85 p. 100 des sujets; le toxoïde précipité par l'alun, en une seule injection de 1 cm³, 96 p. 100. Un essai de vaccination avec la pommade de Læwenstein n'a fourni que 65 p. 100 de réactions de Schick négatives, 105 jours après la dernière friction. Au Danemark, on a essayé, en vue d'éviter les injections multiples, l'emploi en une seule injection de l'anatoxine purifiée à l'aide de l'hydrate d'alumine. On n'a pas réussi à immuniser à 100 p. 100. On tente actuellement, dans les écoles, de combiner l'injection unique d'anatoxine purifiée avec 3 instillations successives d'anatoxine dans le nez. En France, on peut évaluer à 25 p. 100 la proportion d'enfants de 2 à 13 ans qui sont actuellement vaccinés; à Paris, cette proportion serait de 40 p. 100; dans certains départements, elle atteindrait 50 p. 100 (Seine-et-Marne) et même plus de 80 p. 100 (Pas-de-Calais); dans d'autres départements, la vaccination est peu développée. Dans l'armée, 82,706 jeunes soldats ont été vaccinés de 1932 à 1934. Le dosage actuellement recommandé est 2 injections de 1 centimètre cube et 2 cm³ respectivement, à 15 jours ou 3 semaines d'intervalle, l'anatoxine titrant au moins 20 unités antigéniques; une troisième injection, dite de rappel, est conseillée au bout de 6 mois ou un an. Certains médecins inspecteurs départementaux d'hygiène font de cette troisième injection une règle et la placent dans la même année scolaire que les deux premières. On peut obtenir, avec les deux injections d'anatoxine à 20 unités, une proportion de 99 p. 100 de réactions de Schick négatives chez des sujets primitivement positifs. D'une manière générale et avec la pratique de la vaccination à 3 injections usitée jusqu'en 1933, la proportion de réactions de Schick devenues négatives était, dans les séries vaccinées avec soin, de 97 à 98 p. 100—un peu plus faible, 90 p. 100 environ, chez les enfants en état de déficience organique. Cependant, lorsqu'on fait des vérifications sur des groupes d'enfants possédant des certificats réguliers de vaccination complète, on ne trouve souvent que 70 à 85 p. 100 de réactions négatives. La disparition de l'immunité ne paraissant se produire que chez 2 à 4 p. 100 des sujets vaccinés, et à partir de la quatrième année (sauf exception), il semble qu'un certain nombre de vaccinations ne soient pas faites correctement. Dans les épidémies, assez nombreuses, où l'on peut comparer l'incidence de la diphtérie chez les enfants vaccinés et non vaccinés, on trouve que la proportion des cas de diphtérie est de 4 à 20 fois plus forte chez les non vaccinés. Il arrive qu'aucun cas ne se produise parmi les vaccinés. Néanmoins, la possibilité que la diphtérie apparaisse chez un sujet vacciné est un fait certain. Mais la plupart des données statistiques actuelles ont besoin d'une correction: elles comprennent des angines banales, survenues chez des porteurs de bacilles diphtériques, dont la réaction de Schick est négative au moment de l'angine. Ces affections guérissent sans traitement sérothérapique et ne peuvent pas être considérées comme des cas de diphtérie. Il paraît néanmoins se produire quelquefois des angines à symptomatologie diphtérique chez des sujets à réaction de Schick négative. Elles sont exceptionnelles; dans une statistique de l'Hôpital des Enfants-Malades, à Paris, sur 147 cas de diphtérie survenus chez des enfants vaccinés, la réaction de Schick n'était négative qu'une fois. La diphtérie chez les vaccinés coïncide donc presque toujours avec une réaction de Schick positive. Elle est souvent bénigne, mais quelquefois grave. Dans la statistique ci-dessus mentionnée, les 147 cas se répartissent en: formes bénignes 49 p. 100; formes moyennes 34 p. 100; formes graves 6.9 p. 100; paralysies tardives 4.8 p. 100; décès 4.8 p. 100. La majorité des sujets vaccinés dont la réaction de Schick est positive au moment de l'angine n'ont jamais été convenablement immunisés; pour beaucoup, la vaccination n'a pas été pratiquée

correctement; un petit nombre sont des sujets plus ou moins réfractaires à l'immunisation. Pour éliminer tous ces cas de réaction de Schick positive, il faudrait contrôler après la vaccination l'immunisation en pratiquant la réaction de Schick, faire une nouvelle injection de vaccin si la réaction est positive, puis un nouveau contrôle et une nouvelle injection, si elle est encore nécessaire, jusqu'à ce qu'on obtienne une réaction négative. Cette méthode est appliquée dans quelques établissements fermés. Elle ne peut évidemment pas être envisagée pour les vaccinations en masse. La conclusion de l'expérience acquise actuellement en France est que la disparition à peu près complète de la diphtérie ne pourrait être obtenue qu'à l'aide de la vaccination obligatoire dans la première enfance.

Lymphogranulomatose inguinale.—D'après une nouvelle étude sur la lymphogranulomatose inguinale en Suède, le nombre des cas constatés dans ce pays au cours de 9 années a été de 218, dont 50 dans les deux dernières années. Il n'a pas été appliqué de traitement spécial à la lésion primaire, qui a guéri rapidement. Comme traitement de l'adénite, l'extirpation des ganglions a donné des résultats relativement favorables: sur 36 cas, 10 sont sortis de l'hôpital guéris, après 40 jours environ de traitement. Quant à la question de savoir si la loi suédoise sur les maladies vénériennes doit être appliquée à la lymphogranulomatose inguinale, des arguments très forts peuvent être donnés pour et contre. Une enquête a été faite sur la fréquence de cette maladie dans les colonies françaises. Elle existe en Indochine, en Afrique Equatoriale française, aux Antilles; en A. E. F., sur 68 prostituées, on a trouvé 43.56 p. 100 de réactions de Frei positives. A la Guadeloupe, sur 1,600 consultants de vénéréologie pris au hasard, la proportion était de 4.8, p. 100. L'antigène de Frei a pu être préparé sur place par les laboratoires de Brazzaville, de Hanoi, ainsi qu'à la Guadeloupe, la Martinique. La lésion initiale, quand on l'a aperçue, était le plus souvent herpétiforme. On a observé des complications ano-rectales et génitales et, dans un cas, une paralysie spasmodique incomplète, qui a disparu avec la guérison de l'adénite.

La lutte antivermineuse dans l'U.R.S.S.—L'Union Soviétique, cherchant à trouver le type le plus rationnel d'Institution helminthologique médicale, s'est arrêté sur des établissements nommés demi-stationnaires ou deshelminthisatoires. Les premiers deshelminthisatoires ont été créés dans les capitales de l'U.R.S.S.: Moscou et Leningrad. Ensuite les demi-stationnaires ont été organisés auprès des Instituts tropicales-périphériques, des stations malaria, auprès desquelles très souvent sont organisées des sections helminthologiques. Aujourd'hui en U.R.S.S. des deshelminthisatoires sont organisés dans la majorité des grandes villes, construits soit sur le territoire de l'hôpital, soit ayant un caractère indépendant d'Institution médicale. Naturellement les médecins du semistationnaire employent la méthode ambulatoire dans les cas d'helminthoses où cette méthode ne rencontre aucun inconvénient. Quant aux malades de helminthoses les plus compliqués (avec la localisation parentériale des parasites, avec des invasions intensives et multiples) ils sont soignés dans des cliniques helminthologiques spéciales, organisées dans les Instituts tropicaux et les plus importantes stations de malaria. Leur agencement est varié: ou bien ce sont des étables spécialement isolées pour différents grands animaux, par exemple les chevaux; ou bien des cages isolées pour les chiens, ou bien c'est un grand espace de terrain, par exemple dans les élevages des moutons, délimité par un fossé, où on pourchasse les moutons pour la déhelminthisation et où on les retient un certain nombre de jours, pendant lesquels les helminthes s'évacuent de l'organisme des animaux au dehors.—K. S. SCRIBINE, *Prog. Méd.* sept. 12, 1936.