

l'existence du Haut Commissariat, au-delà du 31 décembre 1953. Le Comité ne s'est pas prononcé sur une modification ou une extension éventuelle du mandat du Haut Commissaire.

*Chronique de l'Organisation mondiale de la Santé*, Genève, vol. 7, n° 6, juin 1953. « Conférence sur la vaccination antidiphthérique et anticoquelucheuse ».

Une conférence s'est tenue en Yougoslavie en octobre 1952 sous les auspices de l'OMS ; quinze experts venus de douze pays différents, ont étudié la préparation et l'utilisation des agents prophylactiques dans la lutte contre la diphtérie et la coqueluche. Le rapport sur cette conférence vient de paraître.

Pour être efficace, la vaccination antidiphthérique exige l'emploi de produits véritablement actifs. En conséquence, le rapport s'étend longuement sur la préparation des anatoxines diphtériques et sur la mesure de leurs activités en fonction de l'étalon biologique approprié ; il donne aussi des indications sur l'efficacité respective des différentes anatoxines et sur le rôle de chacune d'elles dans la lutte contre la diphtérie. On estime par exemple que les anatoxines adsorbées, administrées en deux doses, sont les produits de choix pour la vaccination initiale des enfants au cours d'une campagne de masse. En soulignant la nécessité de nouvelles recherches concernant la vaccination antidiphthérique, le rapport fait ressortir que l'agent prophylactique idéal, susceptible de conférer un degré élevé d'immunité aux personnes de tous âges sans provoquer de réactions ni locales ni générales, reste encore à découvrir.

Les progrès ont été moindres pour les vaccins anticoquelucheux que pour les anatoxines diphtériques du point de vue de la préparation et du contrôle biologique de ces produits. Le seul moyen satisfaisant d'évaluer le degré d'activité de ces vaccins est, à l'heure actuelle, l'organisation d'essais d'application soigneusement contrôlés. Cependant, certaines épreuves de laboratoire, en particulier l'inoculation intra-cérébrale de la souris, paraissent autoriser de grands espoirs. On ne connaît pas encore de méthode permettant d'obtenir des résultats constants dans la préparation du vaccin anticoquelucheux, mais le rapport de la conférence résume l'état actuel des connaissances et expose, sur la base des essais d'application, quelles sont les méthodes qui se révèlent satisfaisantes et celles qu'il convient d'éviter.

Quant aux vaccins mixtes antidiphthériques-anticoquelucheux (dont certains sont associés à l'anatoxine tétanique), qui sont utilisés de plus en plus depuis quelques années, le rapport indique qu'un certain nombre de problèmes d'ordre scientifique ou pratique

devront être résolus avant qu'il soit possible d'en recommander l'emploi. Il y a des raisons de penser que l'effet d'un vaccin mixte dépend à la fois des proportions respectives des différents antigènes dans le mélange et du degré d'immunité latente de l'enfant vacciné. Tant que des données précises n'auront pas été réunies grâce à des recherches de laboratoire et des essais d'application, l'emploi des vaccins mixtes gardera un caractère empirique.

En plus d'un résumé des connaissances actuelles concernant les trois types de vaccin — antidiptérique, anticoquelucheux et mixte — le rapport de la conférence contient des détails techniques sur la préparation même de ces produits.

*Rapport épidémiologique (OMS)*, Genève, vol. n° 4, avril 1953. La poliomyélite dans le monde en 1952.

Le *Rapport épidémiologique et démographique*, publié mensuellement depuis le mois de juin 1947, contient des statistiques relatives aux maladies soumises à déclaration obligatoire dans divers pays, à la mortalité générale, à la mortalité infantile et à la natalité dans divers pays et dans certaines grandes villes. Il renferme, en outre, des articles sur des questions épidémiologiques et démographiques présentant une importance internationale.

Depuis 1937, toute une série d'études publiées dans ce *Rapport* se sont attachées, à partir des statistiques officielles, à définir les tendances de la morbidité par poliomyélite dans les divers pays. Le texte qui suit s'insère dans cette série.

On connaît les difficultés d'une pareille entreprise. Dans le cas de la poliomyélite, les réserves dont il convient, de manière générale, d'entourer l'appréciation de tous chiffres de morbidité, ou même de mortalité, sont particulièrement sérieuses.

En l'absence de confirmation de laboratoire, hors de portée du médecin praticien, les formes atypiques ou frustes — pour ne pas parler des innombrables infections silencieuses — ne sont à peu près jamais diagnostiquées ; parmi celles où le diagnostic hésite (bien des formes « non parétiques » sont dans ce cas), quelques-unes seulement, en pratique, sont annoncées aux autorités sanitaires.

Dans plusieurs pays, des critères d'ordre clinique susceptibles de faciliter la reconnaissance de ces cas « limite » ont bien été définis ; mais aucun accord international n'est encore intervenu sur le choix de ces critères.

En conséquence, il faut reconnaître que, par rapport au nombre d'atteintes cliniques, le nombre des déclarations faites par le corps médical varie certainement d'un pays à l'autre, même d'une région à l'autre dans le même pays, et est influencé par des facteurs tels