

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

que l'intérêt des médecins pour la poliomyélite ou la peur que cette maladie inspire au public.

Nous ne parlerons que pour mémoire, bien entendu, des doutes que l'on peut concevoir au sujet de la valeur des statistiques médicales, en général, dans les pays où le nombre des médecins est insuffisant.

Ces doutes et ces réserves ne doivent pas faire écarter a priori l'étude des statistiques de morbidité. Dans les pays les moins favorisés au point de vue sanitaire, quelques cas dûment constatés de poliomyélite sont susceptibles de prouver l'existence de la maladie, d'orienter aujourd'hui la recherche scientifique, demain l'action préventive ou thérapeutique. Dans les pays plus favorisés, les statistiques vont se perfectionnant constamment : il n'est pas interdit d'en espérer, dans un avenir plus ou moins proche, une meilleure connaissance de l'épidémiologie de la maladie poliomyélitique.

L'année 1952 a été marquée, en Afrique, par un retour à une situation normale en Angola, une certaine amélioration au Congo belge et une épidémie dans l'île Maurice. En Amérique, l'on a observé des chiffres records au Canada, aux Etats-Unis, au Chili et à Cuba. En Asie, le nombre des déclarations a nettement diminué au Japon, moins nettement en Israël, tandis que des épidémies se manifestaient au Cambodge et en Thaïlande. En Europe, on a observé une véritable vague de poliomyélite, au Danemark surtout, ainsi qu'en Allemagne et en Belgique, et une augmentation du chiffre des déclarations aux Pays-Bas et en Espagne. En Océanie enfin, s'est manifestée une sérieuse recrudescence de l'incidence, en Nouvelle-Zélande, aux îles Hawaï, aux îles Gilbert et Ellice, tandis que l'on notait une diminution appréciable du nombre des cas enregistrés en Australie et l'absence pratiquement complète de notifications dans les archipels où des épidémies s'étaient produites en 1951.

Revue d'Hygiène et de Médecine sociale (Masson & C^{ie}, éditeurs), Paris.
Revue bi-trimestrielle. Tome I, n^{os} 1 et 2, 1953.

La « Revue d'Hygiène et de médecine sociale » fondée par Louis Spillmann et Jacques Parisot en 1921 et qui avait cessé de paraître depuis la dernière guerre, vient de réapparaître en s'adaptant aux problèmes actuels et en donnant le plus large développement au champ de son action.

« Comme son titre l'indique, écrit le professeur Parisot dans son exposé liminaire, cette Revue se propose d'étudier tous les problèmes concernant l'hygiène, la médecine préventive, tant individuelle que collective ainsi que l'action sanitaire et sociale.