

recracher ensuite dans un récipient, d'ajouter immédiatement 5 ml. de bouillon de culture et de placer le tout, aussi rapidement que possible, à la glacière.

Les administrations de la santé ont été invitées à collaborer à ces recherches en adressant des échantillons appropriés, pour détermination, au Centre mondial de la Grippe ou au laboratoire régional le plus proche travaillant en liaison avec lui. La liste des laboratoires en question figure dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 1949, 24, 18.

#### TYPE DE VIRUS EN CAUSE

*France.* Le 12 janvier, une communication télégraphique du Centre mondial de la Grippe a fait savoir que le Dr Lépine, de l'Institut Pasteur, avait identifié le virus A comme cause de la moitié des cas apparus en France, et avait signalé que l'autre moitié était due à une souche ne semblant appartenir ni au type A ni au type B. Ces constatations ont été confirmées le 15 janvier par un télégramme du ministère français de la Santé publique.

*Pays-Bas.* Le 12 janvier, l'OMS a été informée par un télégramme de La Haye que le virus A avait été identifié de façon précise dans le sud du pays, d'après les constatations sérologiques du Professeur J. Mulder, de l'Université de Leyde, bien que le sous-type du virus n'eût pas été exactement défini. Dans un rapport ultérieur, le Professeur Mulder a déclaré que le virus néerlandais semblait être apparenté au type 1947 A, qui avait causé une forte épidémie en Suède et des épidémies moins importantes aux Pays-Bas, dans le Royaume-Uni et aux Etats-Unis d'Amérique.

---

#### Volume 3, n° 2, février 1949. « La tuberculose dans l'Inde. »

Le rapport du Comité Bhor a révélé que, dans l'Inde, 500.000 personnes environ meurent de tuberculose chaque année. Cela signifie que le nombre annuel des cas atteint approximativement de 2,5 à 3 millions, pour une population de 320 millions d'habitants.

Ce taux élevé de morbidité est dû à trois causes principales : mauvaises conditions de logement, insalubrité et sous-alimentation. Etant donné le chiffre très élevé de la population de l'Inde, la situation, au point de vue du logement, est loin d'être satisfai-

sante : dans bien des cas, deux ou trois familles, comprenant parfois jusqu'à dix personnes, doivent se partager une seule pièce. Si l'on ajoute à cela les conditions sanitaires défectueuses et la disette, qui est telle que beaucoup d'habitants vivent dans un état voisin de la famine, il en résulte une situation où les dangers d'infection sont certains.

En outre, il se produit de constants mouvements de population entre les villes et les campagnes : les villageois vont à la ville pour les marchés, et les habitants des villes se rendent fréquemment dans leur village natal. Ces habitudes naturelles ont encore été accentuées par le développement de nouvelles industries, qui ont attiré dans les villes un grand nombre de personnes appartenant, pour la plupart, aux couches très pauvres de la population.

Si, en règle générale, la situation est un peu plus grave dans les villes, par suite d'un surpeuplement encore plus marqué, les conditions sanitaires et la situation alimentaire n'en sont pas moins défectueuses dans les campagnes, et les risques d'infection s'accroissent du fait des échanges de population entre zones urbaines et rurales.

Il est évidemment impossible de trouver une solution rapide aux problèmes résultant, d'une part, des constants mouvements de population et, d'autre part, de l'industrialisation du pays. Ces deux facteurs continueront pendant longtemps à susciter des difficultés croissantes aux autorités sanitaires. De toute façon, il faudra encore du temps et des sommes énormes pour améliorer les conditions sanitaires et de logement, ainsi que la situation alimentaire.

Néanmoins, il est également évident que la tuberculose cause dans l'Inde des souffrances indicibles et de graves pertes économiques, et qu'il est urgent de tenter une action dans ce domaine.

#### MESURES ANTITUBERCULEUSES POSSIBLES

La question se pose de savoir quelles sont les mesures antituberculeuses possibles. Les ressources hospitalières sont tout à fait insuffisantes. Il faudrait, pour le traitement de la tuberculose, 500.000 lits d'hôpital, alors qu'il n'en existe que 7000 à l'heure actuelle. On s'efforce, dans le pays tout entier, d'accroître le nombre de ces lits mais, même en se montrant très optimiste, on ne peut évaluer à plus de 30.000 le nombre des lits nouveaux qui pourraient être créés au cours des prochaines années.

En présence de cette situation, les autorités ont porté leur attention sur la vaccination au BCG comme moyen de prévenir la maladie, dans l'espoir de ramener la solution du problème, en

quelques années, dans les limites des possibilités financières du pays.

Une campagne de vaccination au BCG dans l'Inde soulevait néanmoins de graves difficultés. Tout d'abord, il fallait disposer de quantités suffisantes de tuberculine pour pratiquer les épreuves sur une grande échelle ; or, cette substance ne se trouvait pas dans le pays et devait être importée. En second lieu, il n'y avait pas, sur tout le territoire asiatique, de laboratoires capables de produire le vaccin BCG. Enfin, l'Inde ne possédait pas de personnel spécialisé.

#### ASSISTANCE TECHNIQUE DE L'OMS

Afin de surmonter ces difficultés, le Gouvernement de l'Inde a adressé à l'OMS une demande d'aide, à la suite de laquelle le D<sup>r</sup> W. Gellner et le D<sup>r</sup> P. Lind furent envoyés sur place pour créer un laboratoire de préparation du BCG et expérimenter la vaccination en série au BCG.

Les premiers pourparlers eurent lieu avec le Gouvernement central et avec le D<sup>r</sup> P. V. Benjamin, conseiller phthisiologue auprès du Gouvernement indien. Pendant les sept mois que dura son séjour, le D<sup>r</sup> Gellner travailla en collaboration étroite avec le D<sup>r</sup> Benjamin.

Au cours du mois de juin 1948, les deux experts se rendirent dans un certain nombre de villes — Madras, Bombay, Calcutta, Delhi et Baroda — pour se mettre en rapport avec les autorités sanitaires provinciales et discuter avec elles les plans à adopter. Ils furent accueillis avec le plus vif intérêt et rencontrèrent partout un parfait esprit de collaboration. Des comités locaux furent immédiatement constitués pour mettre au point, toujours en consultation avec le D<sup>r</sup> Gellner et le D<sup>r</sup> Benjamin, le détail des plans. Il semblait que les difficultés d'ordre financier dussent s'opposer à une mise en œuvre rapide de ces plans ; toutefois, ces difficultés furent surmontées grâce au Gouvernement central, qui se déclara prêt à prendre à sa charge la moitié des frais des campagnes entreprises dans les différentes provinces.

Les préparatifs en vue de la création du laboratoire de préparation du BCG avaient en réalité commencé plusieurs mois avant le départ des experts de l'OMS pour l'Inde. Supposant qu'il pourrait être difficile de se procurer dans le pays les instruments, le matériel, les fournitures nécessaires, les experts avaient proposé au gouvernement d'acheter en Europe l'équipement complet, afin, non seulement de gagner du temps dans l'installation du laboratoire, mais aussi de n'employer que du matériel ayant fait ses preuves dans les laboratoires de BCG d'Europe, notamment à

l'Institut sérologique d'Etat de Copenhague. Lorsque le Gouvernement indien eut accepté la proposition, tout le matériel nécessaire — depuis les incubateurs et balances d'analyses jusqu'au papier-filtre, aux ampoules, boîtes, étiquettes, etc. — fut acheté et expédié à destination de l'Inde. Les délais furent si exactement calculés pour cette opération que les envois parvinrent dans l'Inde très peu de temps après l'arrivée du D<sup>r</sup> Gellner et du D<sup>r</sup> Lind, ce qui permit d'installer le laboratoire au King Institute, à Guindy (Madras), dans le temps record de quelques semaines. La production effective du vaccin commença vers le milieu de juillet ; le premier vaccin BCG indien fut prêt à être utilisé le 17 août 1948.

Sir Sahib Singh Sokhey, Directeur du Haffkine Institute, à Bombay, et membre du Comité d'experts de l'OMS pour la Standardisation biologique, inspecta, à la demande de l'OMS, le nouveau laboratoire de BCG et, après avoir examiné les installations et les méthodes de culture, certifia que le vaccin BCG produit dans ce laboratoire était de qualité satisfaisante.

La campagne nationale de vaccination au BCG fut officiellement inaugurée à Madanapalle (Inde méridionale), le 11 août 1948, par le ministre de la Santé de l'Inde, Rajkumari Amrit Kaur<sup>1</sup>. Ce fut donc à Madanapalle, ville d'environ 16.000 habitants, que fut appliquée, pour la première fois dans l'Inde, la vaccination au BCG, dans le cadre d'un plan général de lutte antituberculeuse qui comporte : la prophylaxie (vaccination au BCG), le diagnostic par la radiographie en série, et le traitement des cas reconnus. Du 1<sup>er</sup> août au 20 octobre 1948, 6000 personnes environ — pour la plupart des écoliers — furent soumises à l'épreuve de la tuberculine. Les sujets ayant présenté une réaction négative (environ 2000) furent vaccinés au BCG. Douze médecins venant de différentes parties du territoire avaient reçu une formation spéciale, théorique et pratique, pour la vaccination au BCG.

L'action entreprise à Madanapalle en vue de la vaccination et de la radiographie en série de la population tout entière fut reprise par un médecin indien lorsque le D<sup>r</sup> Gellner quitta Madanapalle pour Delhi, à la fin d'octobre 1948, afin de créer dans cette dernière ville un deuxième centre de démonstration.

A Delhi, entre la fin d'octobre et le 18 décembre 1948, plus de 10.000 personnes furent soumises à l'épreuve de la tuberculine et plus de 5000 furent vaccinées au BCG. En même temps, trois médecins recevaient une formation appropriée. Pour les écoliers, qui formaient la majeure partie des personnes examinées et vaccinées, les opérations eurent lieu dans les écoles ; d'autre part, deux cliniques, l'une à Delhi même et l'autre à New-Delhi, furent créées pour les enfants d'âge pré-scolaire et les adolescents.

---

<sup>1</sup> *Chron. Org. mond. Santé*, 1948, 2, 244

La collaboration que l'équipe de l'OMS obtint, tant des milieux officiels que de l'ensemble de la population, fut des plus satisfaisantes et permet de bien augurer du succès de la campagne plus étendue qui doit commencer maintenant avec l'aide du Fonds des Nations Unies pour les Secours à l'Enfance (FISE). Cette organisation, agissant en accord avec l'OMS, envoie dans l'Inde six équipes de vaccination au BCG, pourvues des moyens de transport et du matériel nécessaires et destinées à être réparties entre les principales villes qui ont déjà fait certains préparatifs en vue des opérations en cours.

Les équipes du FISE auront pour mission de former des médecins indiens aux techniques nécessaires. Si les autorités sanitaires de l'Inde peuvent fournir un nombre suffisant de médecins, susceptibles de travailler en collaboration avec les équipes étrangères et, après le départ de celles-ci, de continuer et développer l'œuvre entreprise, il est certain qu'une campagne méthodique de vaccination au BCG ne pourra manquer, avec le temps, d'exercer une influence sensible sur l'extension de la tuberculose dans l'Inde.

---

*Union des Associations internationales*, Bruxelles, mars 1949. « Le Conseil international de la Philosophie et des Sciences humaines » par Jacques Rueff, membre de l'Institut de France.

Le 21 janvier 1949 a pris naissance à Bruxelles, une institution nouvelle : le Conseil international de la Philosophie et des Sciences.

Ce conseil, écrit l'auteur, créé à l'initiative de l'UNESCO, groupe comme Membres fondateurs — auxquels d'autres, pourront ultérieurement s'agréger — les représentants de l'Union académique internationale, elle-même représentative de vingt académies du monde, et ceux de la Fédération internationale des Sociétés de philosophie, du Comité international permanent des Linguistes, de la Commission internationale des arts et traditions populaires, du Comité international des sciences historiques et de la Fédération internationale des études classiques.

Le nouveau Conseil se réunira tous les trois ans, mais il a formé un organe exécutif, le Comité permanent et un Secrétariat, qui siègera probablement à l'UNESCO.

Suivant l'article 1 de ses statuts, le Conseil international de la Philosophie et des Sciences humaines aura essentiellement pour mission de « faciliter la compréhension mutuelle des peuples et la connaissance de l'homme en favorisant, dans le domaine de