Qu'est-ce que le B.C.G.?

Autor(en): **Press, P.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **La Croix-Rouge suisse**

Band (Jahr): **57 (1948)**

Heft 1

PDF erstellt am: **02.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-682914

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Qu'est-ce que le B.C.G.?

Par le Dr P. Press, Secrétaire général de la Ligue genevoise contre la tuberculose

On sait depuis de nombreuses années déjà que la plupart des individus entrent au cours de leur vie une fois ou l'autre en contact avec le bacille de Koch (bacille de la tuberculose). Ce premier contact (primo-infection) qui se produit dans l'enfance, l'adolescence ou au début de l'âge adulte peut être à l'origine de différentes manifestations tuberculeuses (pleurésies, méningites, plus tard tuberculose pulmonaire, etc.). Cependant le plus souvent la primo-infection passe inaperçue. Elle se révèle seulement par le fait que l'organisme, qui auparavant était insensible aux toxines tuberculeuses **(anergique),** acquiert à leur égard une sensibilité particulière. Il devient **allergique.** En d'autres termes, la cuti-réaction à la tuberculine ou réaction de Pirquet (ou toute autre réaction analogue: intra-dermoréaction ou réaction de Mantoux, réaction de Mérieux, etc.), négative avant la primo-infection, devient positive. C'est ce qu'on appelle le **virage** de la réaction tuberculinique. Or, fait très important pour le problème qui nous occupe, cette allergie, qui dans la règle persiste toute la vie, s'accompagne d'une certaine **immunité** vis-à-vis de nouvelles infections tuberculeuses.

Cette notion, qui est à la base de toute notre prophylaxie antituberculeuse, a été étudiée surtout par les savants scandinaves, il y a plus de vingt ans déjà, puis vérifiée dans tous les pays. Elle nous indique les principes auxquels doit obéir la **vaccination antituberculeuse:** il s'agit de produire dans l'organisme l'état d'allergie qui témoigne de l'immunité antituberculeuse, mais sans faire courir à l'individu vacciné les risques qui accompagnent l'infection tuberculeuse ordinaire. C'est ce que réalise le **B. C. G.** (bacille Calmette-Guérin). En cultivant pendant plusieurs années, selon une technique très particulière, des bacilles tuberculeux bovins, deux savants français, Calmette et Guérin, ont réussi en 1921 à les priver de toute virulence; les bacilles atténués conservent cependant le pouvoir de conférer l'allergie et l'immunité aux individus auxquels ils sont inoculés. Cette souche initiale de Calmette et Guérin, que l'on a continué à cultiver dans les instituts de bactériologie du monde entier, a gardé depuis plus de vingt ans ses caractéristiques et a servi à exécuter plus de dix millions de vaccinations, si bien qu'il est possible actuellement de se faire une idée assez exacte de la valeur de cette méthode.

Un Congrès international du B. C. G. s'est tenu à Paris en juin de cette année pour «faire le point». Ce Congrès qui réunissait des savants venus des cinq continents en est arrivé à la conclusion que l'**innocuité** de la vaccination est hors de toute. Son **efficacité** est certaine également, ainsi que de très nombreuses statistiques issues de tous les pays l'ont montré. Il faut faire une place spéciale aux études réalisées en pays scandinaves, pays dans lesquels la vaccination a été appliquée de façon de plus en plus étendue dès 1927, avec des résultats remarquables, que le recul du temps permet maintenant d'apprécier à leur juste valeur. Dans ces pays, l'enthousiasme en faveur de la vaccination est tel que, sur base uniquement volontaire, la presque totalité de la population s'y soumet. C'est ainsi que dans un district de Norvège où la vaccination a été introduite il y a quelques années, on enregistre la disparition **totale** des méningites tuberculeuses, maladie dont on connaît l'issue toujours fatale — presque toujours — doit-on écrire, maintenant que la streptomycine permet parfois d'influencer favorablement le cours de cette affection.

L'action protectrice du vaccin est maximum lorsque le B. C. G. est appliqué sur la peau par scarifications (technique analogue à celle de la vaccination antivariolique) ou dans la peau par injections intra-dermiques. La voie buccale devrait être abandonnée parce que moins sûre. Tous les sujets présentant une réaction tuberculinique négative peuvent être vaccinés, quel que soit leur âge. Il faut s'assurer ensuite que la vaccination a «réussi». Pour cela on doit vérifier que la réaction tuberculinique préalablement négative est devenue positive, ce qui s'observe en général dans un délai de six semaines environ. On contrôle ensuite périodiquement la réaction tuberculinique et l'on revaccine si elle redevient négative, ce que l'on voit dans la règle après 4 à 5 ans. Cette nécessité de la revaccination n'est pas propre à la vaccination antituberculeuse; il en est de même pour la vaccination antivariolique par exemple.

Tout individu anergique peut être vacciné, nous l'avons dit. Cependant il y a lieu de s'adresser principalement aux personnes directement menacées de contamination tuberculeuse: enfants, adolescents, adultes anergiques vivant au contact de tuberculeux dans leur famille, étudiants, infirmières, personnel hospitalier, professionnellement exposés, etc. Le bénéfice procuré par la vaccination sera ici d'autant plus considérable que le risque est plus grand. Ce bénéfice paraîtra encore accru si l'on s'adresse à des sujets qui, de par leur âge, sont susceptibles de présenter des manifestations tuberculeuses redoutables: nourrissons, adolescents et jeunes adultes de 15 à 25 ans, par exemple.

Certes, il faut savoir que l'immunité conférée par le B. C. G. n'est pas absolue. Elle ne saurait dispenser des mesures qui jusqu'à présent ont fait leur preuve dans la lutte contre la tuberculose. Le dépistage des malades au moyen des examens radiologiques des collectivités (radiophotographie, par exemple), l'emploi systématique des réactions tuberculiniques qui permet de déterminer le moment du «virage», si important à connaître pour l'avenir du sujet tuberculisé, l'isolement des sujets contagieux, les diverses méthodes de traitement, le travail de contrôle des dispensaires, tout cela garde sa pleine valeur. Cependant, à côté de ces mesures et en harmonie avec elles il y a place pour le B. C. G., méthode de prémunition qui a maintenant fait ses preuves. Là comme ailleurs en matière de lutte antituberculeuse, la Suisse s'est laissée, et de loin, devancer par d'autres pays. Nous voulons espérer que bientôt l'emploi de plus en plus étendu du B. C. G. comblera en partie du moins, la distance qui nous sépare de certains pays où, grâce à des efforts incessants, la tuberculose est en voie de devenir une maladie rare.