

JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ STATISTIQUE DE PARIS

G. ICHOK

Revue de statistique sanitaire

Journal de la société statistique de Paris, tome 67 (1926), p. 293-304

http://www.numdam.org/item?id=JSFS_1926__67__293_0

© Société de statistique de Paris, 1926, tous droits réservés.

L'accès aux archives de la revue « Journal de la société statistique de Paris » (<http://publications-sfds.math.cnrs.fr/index.php/J-SFdS>) implique l'accord avec les conditions générales d'utilisation (<http://www.numdam.org/conditions>). Toute utilisation commerciale ou impression systématique est constitutive d'une infraction pénale. Toute copie ou impression de ce fichier doit contenir la présente mention de copyright.

NUMDAM

Article numérisé dans le cadre du programme
Numérisation de documents anciens mathématiques
<http://www.numdam.org/>

V

REVUE DE STATISTIQUE SANITAIRE

La mortalité au cours de diverses périodes de colonisation d'Australie. — La démographie de l'Autriche. — La mortalité infantile en Belgique. — Les Accidents du travail en Belgique. — Natalité et mortalité au Brésil. — Les maladies professionnelles en France. — Mortalité et morbidité pénitentiaire en France. — Les suicides au Japon. — Un centre de statistique pour maladies mentales en Italie. — Accouchements simples et multiples au Luxembourg. — Diminution de la natalité et de la mortalité en Suisse.

AUSTRALIE. — La mortalité au cours des diverses périodes de colonisation.

Les problèmes de colonisation en rapport avec la protection de la santé sont loin d'être résolus. L'expérience acquise dans les diverses régions permet toutefois de tirer un grand profit. A ce point de vue, l'histoire de l'Australie, à travers ses statistiques de mortalité, présente un intérêt tout particulier.

Avant de résumer les tableaux de statistique fournis par MM. Cumpston, directeur de l'Hygiène du Commonwealth d'Australie, et Frank Mc Callum (Publications de la Société des Nations 1926 III. I. C. N. 404), indiquons avec A. W. Jose, que l'histoire de l'Australie comprend 4 stades : 1^o période des « convicts » ; 2^o période des « squatters » ; 3^o période des « mineurs » ; 4^o l'Australie contemporaine.

Pendant la première époque qui débuta en 1788, où il s'agissait de l'établissement d'une colonie isolée de « convicts » sur les côtes d'un vaste continent inexploré, c'est l'appareil digestif qui a été surtout frappé par les maladies. Le scorbut, la diarrhée et la dysenterie sévissaient alors en permanence. On se trouvait parfois en face de véritables épidémies qui coïncidaient le plus souvent avec des retards dans l'arrivée des bateaux de ravitaillement.

A la seconde période, pendant laquelle les « squatters » créèrent des fermes, un grand nombre de la population, qui comptait déjà 30.000 habitants, commença à payer un tribut peu important, il est vrai, aux maladies infectieuses, à la fièvre typhoïde et au typhus exanthématique. La situation changea défavorablement au cours de la troisième période, lorsque les villes se surpeuplaient, et le flot d'émigration augmentait sans cesse. L'état d'insalubrité avait, pour conséquence fâcheuse, l'éclosion des épidémies très violentes de fièvre typhoïde et du typhus exanthéma-

tique. On constatait en même temps une mortalité infantile élevée due à la diarrhée et aux autres affections du tube digestif.

La quatrième période, dont le commencement peut, arbitrairement, se rapporter vers 1875, inaugure une ère florissante d'activité industrielle et agricole. Pour donner une idée de la démographie nous prenons l'exemple de Victoria, considéré comme caractéristique pour les États australiens.

*Chiffres des statistiques démographiques de l'État de Victoria,
par périodes quinquennales, de 1861 à 1920.*

POPULATION lors de chaque recensement décennal	PÉRIODE quin- quennale	TAUX brut de la mortalité par 1.000 habitants	TAUX brut de la natalité par 1.000 habitants	MORTALITÉ infantile décès d'enfants de moins d'un an par 1.000 naissances	Décès dus à la fièvre typhoïde par 1.000 habitants	Décès dus à la tuberculose pulmo- naire par 1.000 habitants	Décès dus au cancer par 1.000 habitants
1861 : 538.628	1861-1865	17,36	43,30	(1)	5,65	12,68	1,96
	1866-1870	16,52	39,27	129,54	6,19	12,28	2,43
	1871-1875	15,64	35,69	124,53	4,71	12,02	3,26
1871 : 730.198	1876-1880	14,92	31,43	119,87	5,29	13,13	4,16
	1881-1885	14,65	30,76	121,51	5,18	14,10	4,53
1881 : 861.566	1886-1890	16,07	32,72	131,06	6,09	14,55	5,32
	1891-1895	14,04	30,93	111,81	2,69	13,26	6,19
1891 : 1.139.840	1896-1900	13,72	26,22	111,29	2,90	11,89	6,89
	1901-1905	12,74	25,05	96,92	1,57	11,16	7,53
1901 : 1.201.070	1906-1910	12,02	25,12	79,96	1,12	9,16	7,96
	1911-1915	11,51	25,44	72,15	0,69	7,56	8,44
1911 : 1.315.551 1921 : 1.531.280	1916-1920	11,38	23,04	66,96	0,37	7,04	9,13

(1) Renseignements incomplets.

A titre de conclusion à ce tableau, citons les paroles de MM. Cumpston et Frank Mc Callum :

« On a dit que l'hygiène publique d'un pays n'est qu'un indice de la situation économique de la collectivité, exprimée par les chiffres des statistiques démographiques au lieu de l'être par les chiffres du revenu et du commerce par tête d'habitant. Les statistiques démographiques de l'Australie offrent un aliment abondant aux méditations de l'économiste et du sociologue; pour l'épidémiologiste, elles offrent l'exemple d'une évolution de la maladie, représentant des progrès qui ont probablement exigé des siècles dans les pays du vieux monde. »

AUTRICHE. — Manuel de statistique démographique.

La lecture de ce manuel (édition de la Société des Nations, C. 4.348, Genève 1925. Brochure de 78 pages) montre que la petite Autriche, avec une population de 6.535.759 habitants (recensement du 7 mars 1923), possède des méthodes statistiques dignes de retenir l'attention de grands pays, et même parfois de leur servir d'exemple. La statistique sanitaire du pays est élaborée par un bureau spécial de l'Office de l'Hygiène publique. Les données statistiques sont transmises, soit directement par les autorités provinciales et communales, soit par les divers établissements : hôpitaux, asiles, etc... Aux termes de la loi, la tenue des registres des décès et des naissances est confiée aux communautés religieuses.

Il y a lieu de mentionner, à propos de l'enregistrement des naissances d'enfants mort-nés en Autriche, une coutume curieuse. Pour des motifs d'ordre religieux, dans les districts catholiques (par exemple dans le Tyrol), tous les enfants mort-nés sont baptisés comme s'ils étaient nés vivants et une mention est inscrite dans le registre tenu par le clergé de cette église, indiquant que ces enfants sont morts peu de

temps après leur naissance. Pour cette raison, dans certains districts, les statistiques des naissances d'enfants vivants et mort-nés sont inexactes.

La proportion des décès, dont la cause est certifiée par un médecin est assez élevée en Autriche, comme le prouve la statistique suivante, relative aux années 1921 et 1923.

	1921	1923		1921	1923
Vienne.	100,00	% 99,94	Carinthie.	72,83	% 71,97
Basse-Autriche . . .	99,98	% 99,89	Tyrol	94,55	% 92,56
Haute-Autriche . . .	99,87	% 99,99	Vorarlberg	98,04	% 97,93
Salzbourg.	99,12	% 99,03	Burgenland.	—	87,57
Styrie	99,44	% 94,38			

Dans les tableaux de maladies, les trois rubriques principales sont les suivantes : tuberculose, apoplexie et maladies des organes de circulation et tumeurs malignes. En prenant les trois provinces principales : de Vienne, Basse-Autriche et Haute-Autriche, nous aboutissons au tableau suivant, pour les années 1913 et 1923 :

Taux de mortalité pour 1.000 habitants.

	Vienne		Basse-Autriche		Haute-Autriche	
	1913	1923	1913	1923	1913	1923
Tuberculose	2,88	2,48	2,53	1,80	2,56	1,94
Apoplexie, etc.	2,86	3,70	2,50	2,45	3,19	2,96
Tumeurs malignes . . .	1,21	1,41	1,16	1,24	1,41	1,45

BELGIQUE. — La mortalité infantile de 1919 à 1923.

Le bulletin mensuel de l'*Œuvre Nationale de l'Enfance* a consacré plusieurs articles instructifs à l'étude de la natalité et de la mortalité infantile en Belgique. Les résultats d'ensemble fournis par le dépouillement et la totalisation des données puisées à cet égard dans les registres de l'état civil y ont été analysés. Ils ont mis en lumière la diminution constante des naissances et des décès d'enfants de moins d'un an, diminution plus accentuée dans certaines provinces et certains arrondissements que dans d'autres, ainsi que la corrélation qui existe entre le mouvement de la régression de la natalité et de la mortalité infantile.

Mais ces constatations, basées sur des données d'ensemble, assurément intéressantes et utiles pour l'étude de l'évolution générale des phénomènes considérés, ne permettent pas de se rendre compte de la marche de la natalité et de la mortalité infantile dans les diverses communes du royaume. La documentation publiée jusqu'ici permet encore moins de découvrir les localités où le nombre des décès des enfants de moins d'un an est stationnaire ou supérieur à la normale et de dégager les causes de cet état de choses.

Pour les lecteurs que des recherches de l'espèce intéressent et qui voudraient approfondir les études publiées dans le bulletin, en groupant, par exemple, les communes d'un même arrondissement ou d'une même région qui se distingueraient par un taux de mortalité infantile, l'*Œuvre Nationale de l'Enfance* a réuni en une brochure spéciale tous les éléments de la question, en donnant par commune le nombre des naissances, des décès de moins d'un an et les coefficients de mortalité infantile pour les années de 1919 à 1923. Elle offre ainsi, à tous ceux qui s'intéressent à la question, une documentation déjà travaillée, de nature à faciliter leurs recherches en vue de découvrir les causes qui déterminent dans telle ou telle commune ou dans tel groupe de localités considéré, des coefficients de mortalité infantile exagérés.

BELGIQUE. — Statistique des accidents du travail.

En Belgique, au point de vue du mode de la réparation légale, les accidents du travail sont classés en quatre catégories. Il faut distinguer : les cas d'incapacité

temporaire de moins de huit jours; 2° les cas d'incapacité temporaire de huit jours au moins; 3° les cas d'incapacité permanente; 4° les cas de mort.

Il est survenu en 1921, 66.264 accidents ayant occasionné une incapacité temporaire de moins de huit jours. Ce chiffre équivaut à 48,99 % du nombre total des accidents déclarés qui est de 135,262.

Les frais médicaux et pharmaceutiques, qui représentent la charge légale des cas d'incapacité de moins de huit jours, se sont élevés à 1.406.104^f 69. Si l'on ajoute à cette somme celle qui représente la charge des autres accidents, soit 41.868.238^f 69, on obtient une charge totale de 43.274.343^f 38. On voit donc que la charge légale occasionnée par les accidents de moins de huit jours équivaut à 3,25 % de la charge totale.

En ce qui concerne les accidents suivis d'une incapacité temporaire de huit jours au moins, on enregistra, en 1921, 68.998 accidents. Voici comment ces accidents se répartissent, d'après leurs conséquences :

Cas d'incapacité temporaire	65.589	soit 95,06 %
— permanente.	3.005	— 4,36 %
Cas de mort.	404	— 0,58 %

En ce qui concerne la fréquence des accidents, il est nécessaire, pour rendre les chiffres comparables, de prendre pour base d'évaluation les nombres d'unités ouvrières assurées.

On obtient ainsi pour l'ensemble des groupes :

Cas d'incapacité temporaire	757,42	pour 10.000 unités ouvrières;
— permanente	34,70	— —
Cas de mort	4,66	— —

L'étude des tableaux permet aux spécialistes d'envisager certaines méthodes au moyen desquelles les primes sont obtenues par la combinaison des probabilités d'accidents et des éléments mêmes de la réparation. Les probabilités d'accidents doivent être tenues *a priori* pour indépendantes de la législation relative à la réparation des accidents. Au contraire, les éléments de la réparation dépendent directement de cette législation et aussi des caractéristiques générales de la population ouvrière, abstraction faite du risque présenté par les professions exercées.

BRÉSIL. — Natalité et mortalité.

M. Belhoes Carvalho, directeur du Bureau général de Statistique du Brésil, avait présenté, à la xvi^e session de l'Institut International de statistique à Rome, un rapport intéressant sur les résultats du recensement réalisé au Brésil en septembre 1920 (*Rio de Janeiro*, 1925, une brochure de 50 pages). Nous y apprenons que la population de ce pays se compose, *en majeure partie*, d'individus âgés de quinze ans et plus, formant un total de 17.557.282 dont 8.810.201 hommes et 8.747.081 femmes; la population en âge de fréquenter l'école primaire (de sept à quatorze ans) s'élevait à 6.582.017 habitants (3.345.213 du sexe masculin et 3.236.804 du sexe féminin); la population enfantine de zéro à six ans comprenait un total de 6.495.306 âmes (3.288.404 hommes et 3.207.902 femmes).

Ces chiffres indiquent que le nombre des enfants (première et deuxième enfance) est considérable en regard de celui des adultes, il représente plus de 42 % du total de la population, ce qui dénote que le progrès démographique est plutôt dû à l'élément national (accroissement physiologique) qu'à l'élément étranger (accroissement externe ou immigratoire).

A propos de la croissance interne, appelée également « croissance végétative », Alberto Martinez remarque dans la conférence faite à Rio de Janeiro, la situation

pour ainsi dire exceptionnelle de quelques États de la Fédération Brésilienne sous ce rapport.

« En effet, dit-il, l'important État de Sao Paulo démontre par des documents officiels que, pendant l'année 1910, le nombre des naissances s'élève à 113.865, ce qui exprime une natalité de 40,65 par 1.000 habitants, natalité assez forte et que l'on peut considérer extraordinaire dans une époque de crise mondiale de la natalité. Les décès atteignent un chiffre de 62.522, ce qui représente une mortalité de 22,32 décès par 1.000 habitants, coefficient très satisfaisant si l'on considère que l'État de Sao Paulo fait partie de la zone sous-tropicale.

« En comparant les naissances aux décès l'on constate que les premières dépassent les secondes de 51.343 unités, ou 18,33 par 1.000 habitants. Si tous les autres États du Brésil se trouvaient dans les mêmes conditions, ou à peu près, il en résulterait, pour le Brésil, une situation privilégiée qu'un petit nombre de nations atteignent de nos jours. »

FRANCE. — Le nombre des maladies professionnelles déclarées.

Comme on le sait, toute maladie professionnelle dont la victime demande réparation doit être, par ses soins, déclarée dans les quinze jours qui suivent la cessation du travail, au maire de la commune qui en dresse procès-verbal et en délivre immédiatement récépissé (art. 5). En outre, la déclaration de toute maladie ayant un caractère professionnel et comprise dans une liste établie par le décret du 4 mai 1921, est obligatoire pour tout docteur en médecine ou officier de santé qui en peut reconnaître l'existence (art. 12). C'est à l'aide des renseignements puisés à ces deux sources d'information qu'a été établie, pour l'année 1923, la statistique des cas de saturnisme et d'hydrargisme, seules intoxications visées jusqu'à présent par la loi sur les maladies professionnelles.

Le nombre absolu des cas de saturnisme déclarés s'est élevé à 1.025 en 1923, contre 797 en 1922. Il y a lieu de présumer que le chiffre plus élevé en 1923 tient surtout à ce que la loi étant de mieux en mieux connue, les déclarations ont lieu de façon régulière.

Parmi les industries ayant motivé le plus grand nombre de déclarations, se trouvent les émailleries de métaux (278 cas), les établissements de fabrication et d'entretien d'accumulateurs (249), les fabriques de céruse et de minium (150), les fonderies de métaux (58) et les entreprises de fonderies et de laminage de plomb (54). 744 déclarations diagnostiquaient la colique saturnine simple, 33 la colique saturnine avec anémie. 941 déclarations concernaient les hommes et 84 les femmes. Dans 9 cas, l'intoxication s'est terminée par le décès.

En 1923, il n'a été déclaré que 5 cas d'hydrargisme, dont 3 cas dans des secrétages de peaux, 1 dans une couperie de poils et 1 dans une fabrique de thermomètres à mercure. Ces déclarations concernent 3 hommes et 2 femmes. L'intoxication n'a amené aucun décès.

FRANCE. — Maladies et décès dans les établissements de longues peines en 1921.

La Statistique pénitentiaire pour 1921, qui vient de paraître (M. E. LEROUX, Exposé général, Melun, Imprimerie Administrative 1925, 1 volume de 366 pages), enregistre 11.633 hommes et 1.525 femmes incarcérés au cours de l'année dans les maisons centrales.

Chez les hommes, sur 3.408 entrées à l'infirmerie pendant l'année, 931 ont été motivées par des maladies de l'appareil respiratoire, soit 27 %. Chez les femmes, la proportion est de 25 % (110 sur 439).

Les maladies qui ont occasionné ensuite le plus grand nombre d'entrées à l'infirmerie sont les suivantes :

	Hommes	Femmes
Courbatures, gripes	292	86
Dysenterie	277	—
Gastrites, diarrhée	249	59
Fièvres diverses	236	—
Abcès, furoncles, ulcères	194	15

Le nombre des décès, dans les établissements de longues peines s'est élevé :

Pour les hommes, à 274, soit 7,3 % des détenus soignés à l'infirmerie (3.750). En 1920, cette proportion était de 8 %.

Pour les femmes, à 39, soit 7,6 % des malades soignées à l'infirmerie (512). En 1920, cette proportion était de 7 %.

Parmi les 274 décès signalés chez les hommes en 1921, les maladies qui les ont occasionnés sont les suivantes :

Tuberculose, phtisie pulmonaire, pneumonie, etc.	180	soit 66 %
Gastrites, péritonites, entérites	51	— 11 %
Maladies du cerveau, paralysies	13	— 4 %
Maladies du cœur	9	— 3 %
Dysenterie	8	— 3 %

Chez les femmes, sur 39 décès de l'année, 21 sont dus aux maladies de l'appareil respiratoire.

Chez les hommes, comme chez les femmes, c'est toujours la phtisie pulmonaire et la tuberculose, sous ses différentes formes, qui fournit l'appoint le plus élevé parmi les décès.

Ajoutons encore qu'au cours de l'année 1921, quatre suicides accomplis par strangulation et trois tentatives par instruments tranchants se sont produits dans les maisons centrales d'hommes.

Aucun suicide ni tentative ne se sont produits dans les maisons centrales de femmes.

ITALIE. — Un centre de statistique pour les maladies mentales.

La Société de psychiatrie italienne a organisé un centre de statistique pour les maladies mentales en Italie, autant dans un but scientifique que dans un but pratique. Ce centre fonctionnera comme organe d'information et de coordination des travaux de psychiatrie et visera une amélioration de l'assistance aux aliénés.

JAPON. — Le nombre des suicides en 1924.

La lecture du résumé statistique du mouvement de la population de l'empire du Japon pour l'année 1924 (*Tokio*, 1925, 146 pages) frappe par un nombre de suicides relativement important. Avant de donner un tableau de la situation, rappelons que la population totale est de 59.138.900 dont 28.622.200 hommes et 29.516.700 femmes.

Les suicides au Japon en 1924.

	Hommes	Femmes
Ingestion de poisons solides ou liquides	889	718
— de substances corrosives		4
Pendaison	4.002	1.750
Submersion	732	1.230
Armes à feu	96	4
Instruments tranchants ou piquants	327	126
Écrasements	830	442
Autres suicides	56	22

Les causes de la mort volontaire ne sont pas indiquées. On trouve, par contre, des renseignements sur l'âge des victimes. Sans entrer en détails, faisons remarquer que, pour le groupe d'âge au-dessus de soixante ans, les cas de suicides sont encore assez fréquents. A titre d'exemple, citons les chiffres pour les suicides par pendaison. Dans cette rubrique, nous constatons 1.288 hommes et 582 femmes. Pour la submersion, les deux chiffres respectifs sont 185 et 272.

LUXEMBOURG. — Accouchements simples et multiples.

L'annuaire statistique officiel du Grand-Duché pour 1926 contient un tableau curieux sur les accouchements multiples. Pour les dernières dix années, 1915-1924, on peut dresser le tableau suivant :

ANNÉES	NOMBRE des accouchements		Accouchements doubles ayant donné				ENFANTS nés de tous les accouchements multiples			
	Simple	Multiples	2 garçons	1 garçon et 1 fille	2 filles	Total	Nés vivants		Mort-nés	
							garçons	filles	garçons	filles
1924.	5.416	79	24	30	25	79	72	74	6	6
1923.	5.537	62	19	22	21	62	56	64	4	5
1922.	5.150	63	20	21	22	63	56	61	5	4
1921.	5.553	65	25	21	19	65	61	54	10	5
1920.	5.659	77	19	31	25	75	62	78	9	8
1919.	4.685	74	22	21	31	74	59	79	6	4
1918.	4.435	61	18	21	21	60	52	62	5	4
1917.	4.546	54	16	22	16	54	48	52	6	2
1916.	5.040	59	19	17	21	57	55	56	5	4
1915.	5.762	77	23	30	24	77	68	73	8	5

Des accouchements triples (compris dans les chiffres ci-dessus) ont été enregistrés : 1 en 1901 (1 g. et 2 f.); 3 en 1902 (dont 2 à 2 g. et 1 f. et 1 à 1 g. et 2 f.); 1 en 1904 (3 g.); 1 en 1905 (2 g. et 1 f.); 2 en 1906 (à 3 f.); 1 en 1907 (1 g. et 2 f.); 2 en 1909 (à 1 g. et 2 f.); 1 en 1910 (1 g. et 2 f.); 1 en 1914 (3 g.); 2 en 1916 (dont 1 à 3 g. et 1 à 2 g. et 1 f.); 1 en 1918 (3 f.) et 1 en 1920 (3 f.). En 1920, il a été déclaré un accouchement quadruple ayant donné 2 garçons et 2 filles, mort-nés les quatre.

SUISSE. — Diminution de la natalité et de la mortalité.

Le Bureau de Statistique de la ville de Berne publie une documentation importante (*Beiträge zur Statistik der Stadt Bern*, Heft 7, 1926, 110 pages), qui permet de se rendre compte de la diminution de la natalité et de la mortalité infantile dans la Suisse entière. Les chiffres embrassent la période de 1881-1924 et se résument de la façon suivante :

*Naissances, vivants, décès et excédent des naissances en Suisse 1881-1924.
Chiffres absolus et proportion pour 1.000 habitants.*

Naissances (vivants)	Décès (sans mort-nés)	Excédent des naissances	
1881-1890.	81.460 (28,1)	60.416 (20,8)	21.044 (7,3)
1891-1900.	87.982 (28,1)	59.366 (19,0)	28.616 (9,1)
1901-1910.	95.083 (26,9)	59.207 (16,7)	35.876 (10,2)
1911-1920.	80.785 (20,9)	56.419 (14,6)	24.366 (6,3)
1921.	80.808 (20,8)	49.518 (12,7)	31.290 (8,1)
1922.	76.290 (19,6)	50.292 (12,9)	25.998 (6,7)
1923.	75.551 (19,4)	46.003 (11,8)	29.548 (7,6)
1924.	73.508 (18,8)	48.876 (12,5)	24.632 (6,3)

L'excédent est dû, en premier lieu, à la diminution de la mortalité infantile. Ce fait est à attribuer au développement de la propagande en faveur de l'hygiène, à la protection des nourrissons, à la lutte contre les maladies infectieuses, et, enfin, à la plus grande fréquence de l'alimentation par le sein.

La diminution de la natalité aurait, comme raison d'être, les facteurs suivants : 1^o l'augmentation de la densité de la population dans les villes; 2^o l'industrialisation; 3^o les possibilités plus grandes de s'instruire; 4^o la diminution de la mortalité infantile; 5^o l'augmentation du travail professionnel et industriel de la femme; 6^o les possibilités retardées de mariage; 7^o l'aggravation des conditions de vie en général.

Allemagne : L'augmentation de l'alcoolisme. — *Belgique* : Corrélation entre la baisse de la mortalité infantile et la diminution des naissances. — *Espagne* : Le problème social des aveugles. — *France* : La variole en Algérie. — *Italie* : Les maladies épidémiques pendant la guerre. — *Norvège* : La mortalité. — *Russie* : Service médical dans les villes et à la campagne. — *Suisse* : Le déclin de l'épidémie de variole. — *Ukraine* : L'activité de la Croix-Rouge.

ALLEMAGNE. — Augmentation de l'alcoolisme.

La période d'après-guerre est caractérisée, dans certains pays, par une augmentation de la consommation des boissons alcooliques. En Allemagne, le phénomène si grave est assez prononcé. Dans les chiffres d'ensemble, à partir de 1912, on constate tout d'abord l'effet bienfaisant de la guerre, qui se trouve toutefois amoindri par les années d'après-guerre. On n'est pas encore arrivé au taux d'avant-guerre, mais la proportion croît continuellement et progressivement.

D'après les données publiées par l'Annuaire sanitaire international (Genève, Société des Nations, 1925), en 1912-1913, la consommation de l'eau-de-vie a été de 1.817.200 hectolitres, soit, en moyenne, 2,8 litres par tête d'habitant (les calculs sont faits sur la base d'alcool à 100°). En 1918-1919, la baisse de consommation est considérable : 117.600 hectolitres et une moyenne de 0,2. La période 1919-1920, montre déjà une aggravation de la situation. On a l'impression que les années de guerre sont un peu oubliées et l'on commence de nouveau à boire plus : 420.000 hectolitres avec une moyenne de 0,7. En 1920-1921, la courbe ascendante s'accroît encore : 631.100 hectolitres et 1 litre par tête d'habitant. Enfin, en 1921, 1922, nous avons devant nous 1.266.600, ce qui fait, en comparaison avec le laps de temps précédemment mentionné, une consommation de 2 litres par tête.

Les chiffres pour les années suivantes ne sont pas reproduits, et nous voulons citer encore quelques données au sujet de la consommation de la bière. Elle était énorme avant la guerre. Nous voyons, en 1913, un total de 68.818.000 hectolitres avec une moyenne de 102,1 par habitant. Pour 1918, les chiffres sont : 24.957.000 et 38,6; 25.714.000 et 48,0; 1920 : 23.399.000 et 37,8; 1921 : 33.635.000 et 54,3.

Les statistiques touchant l'alcoolisme sont, souvent, mises en parallèle avec des données sur les malades admis pour cause d'alcoolisme dans les asiles d'aliénés. Il s'agit de documents forcément incomplets, mais dont l'intérêt symptomatique n'est pas à dédaigner. Pour l'Allemagne, nous ne disposons que des chiffres pour les années 1911-1919, par période de trois ans : 1911-1912 : 21.017 hommes et 1.886 femmes; 1914-1916 : 11.542 hommes et 1.236 femmes; 1917-1919 : 3.262 hommes et 523 femmes.

BELGIQUE. — La corrélation entre la baisse de la mortalité infantile et la diminution des naissances.

Depuis de nombreuses années déjà, on constate une diminution lente, mais constante, de la natalité, de même que l'on observe une régression sérieuse de la mortalité infantile. Ces deux phénomènes sont-ils en corrélation? En d'autres termes, les variations du coefficient de natalité s'accompagnent-elles de variations corres-

pondantes du coefficient de mortalité infantile? C'est à résoudre cette question à l'aide de données numériques que M. Lesoir, directeur du ministère de l'Intérieur et de l'Hygiène en Belgique, s'applique au cours de son étude (brochure de 13 pages publiée par l'Œuvre nationale de l'enfance à Bruxelles).

Il envisage successivement les naissances, puis les décès de moins d'un an; il rapproche ensuite les unes des autres les données relatives au mouvement de ces deux phénomènes de manière à pouvoir tirer les conclusions que la comparaison des éléments chiffrés permettra de dégager.

ESPAGNE. — Les aveugles.

Antonio Las Heras Hervas a publié, récemment, une brochure (*El problema social de la ceguera en Espana*, 51 pages, Madrid, Papeleria nacional) qui a pour but de trouver une solution du problème social de la cécité en Espagne. Nous y trouvons des chiffres qui prouvent qu'au point de vue social, suivant les pays, quelques remèdes intéressants ont déjà trouvé leurs applications.

Aux États-Unis d'Amérique, on compte 57.272 aveugles, dont environ un quart vivent d'occupations correspondant à leur état et un autre quart de travaux agricoles. Au Japon, sur 68.925 aveugles, 4.033 sont musiciens, 9.227 ouvriers et 26.049 sans occupation. L'Espagne a 25.000 aveugles, dont 15.000 enfants, vieillards, etc. sont incapables de travailler. La cécité coûte au pays environ 45 millions de pesetas. Cette charge aurait pu, tout au moins en partie, être évitée. En effet, 35 % des cas sont dus à des ophtalmies purulentes et eussent, par conséquent, été aisément évitables. Dans un tiers de cas seulement, on a raison de parler d'une cécité inévitable.

L'auteur, lui-même aveugle, cite ses statistiques non pour s'attarder sur le sort pitoyable de malheureux, mais dans le but d'envisager le côté pratique de la question. On parle, à son avis, à tort de l'égoïsme, de l'orgueil et même des états psychopathologiques entraînés par la cécité, quand l'état social des aveugles en est, en grande partie, responsable : il les isole, alors qu'il pourrait leur procurer une occupation et en tirer un profit.

L'orientation professionnelle des aveugles demande la création des instituts régionaux destinés à l'éducation de chacun, suivant ses dispositions personnelles. L'auteur cite, comme exemple digne d'être suivi, l'organisation d'une maison de travail, de la « Maison de lumière et du travail », fondée en 1919 et qui fournit la preuve qu'il est possible d'enseigner aux aveugles un métier complet dans peu de temps. Il est à retenir que la maison en question comprend cinq sections : industrie, commerce, études, agriculture et arts.

FRANCE. — La variole en Algérie.

Depuis un certain nombre d'années, la variole présente, d'après L. Raynaud (*Bull. sanitaire de l'Algérie*, n° 339) en Algérie, un caractère épidémique. La faute en est, en grande partie, au manque du personnel médical. En 1914, presque tous les médecins ont été mobilisés et ceux que le gouvernement général avait maintenus comme indispensables, se sont trouvés accablés par une besogne écrasante. Parfois, les médecins de colonisation ont eu deux ou trois circonscriptions à desservir, c'est-à-dire 50.000 à 100.000 habitants dispersés sur une étendue de 50 à 100 kilomètres. La guerre a fait une brèche sensible parmi les praticiens, et l'Administration a eu le plus grand mal à recruter les médecins de colonisation. A l'heure actuelle, il y a encore des postes qui n'ont pas leur médecin.

Dans le département d'Alger, le nombre des cas de variole déclarés pendant la période 1908-1925 s'élève à un total de 2.751. Le département d'Oran se distingue par 2.722 pour la période 1912-1925, et le département de Constantine, pour la même époque, totalise la somme de 2.657 cas.

Ce qui est surtout pour l'Algérie une des causes les plus sérieuses de la propagation de la variole, c'est la courte durée de l'immunisation vaccinale. Les facteurs biologiques ne sont pas les mêmes partout. Le professeur Jeanselme avait déjà signalé la confirmation du fait, relevé en Algérie, dans les colonies françaises. Aux Indes néerlandaises, l'observation avait fourni des résultats identiques.

Tandis qu'il est de notion courante qu'en Europe le vaccin immunise pour une durée moyenne de sept ans, on a vu, en Algérie, des individus qui, deux ans seulement après une réaction positive indiscutable, ont été revaccinés avec succès. Vu ces faits, la question des vaccinations en Afrique du Nord demande des égards spéciaux. Comme le conclut M. L. Raynaud, il conviendra de tenir compte des conditions spéciales du pays, pour préserver les habitants d'une maladie évitable.

ITALIE. — Les épidémies pendant la période de guerre.

L'histoire des siècles passés ne laisse aucun doute sur l'influence néfaste d'une période de guerre sur la mortalité générale d'un pays, qui paie un large tribut à la fois aux morts violentes et aux maladies. Le xx^e siècle avec ses progrès d'hygiène a-t-il vu de beaucoup changer cette situation? *A priori*, on répondrait positivement à la question, mais il n'est pas exclu que l'étude de la mortalité dans les différents pays belligérants impose quelques conclusions plus ou moins inattendues en ce qui concerne l'armement encore toujours insuffisant contre les épidémies envahissantes.

Pour l'Italie, le professeur U. Doganello, de l'Université de Rome, vient de publier une étude bien documentée (*Annali d'Igiene*, n° 3, 1926). Il mentionne, en premier plan, les nombreuses victimes emportées, surtout en 1918, par la grippe. Les chiffres officiels indiquent, pour cette année, 274.041 décès. Entre juillet 1918 et mars 1919, c'est-à-dire pendant la période la plus grave de la pandémie, on compta 430.000 morts.

Pour la variole, on nota, en 1918, une épidémie, qui avait son point culminant en 1919 et qui se termina en 1921 : 29.701 victimes. Le choléra emporta, dans les deux premières années de guerre, 387 personnes.

La diphtérie, la typhoïde, la fièvre puerpérale, le paludisme et la tuberculose ont occasionné, pendant la guerre, un nombre accru de morts. C'est en 1918 que les effets de la guerre et de la pandémie grippale ont imprimé leur cachet défavorable, d'une manière particulièrement frappante, à la courbe de la mortalité.

Au total, on arrive, pour la période quinquennale 1910-1914, à une mortalité de 19,21 pour 1.000 habitants. A la période 1915-1918, il faut distinguer deux chiffres : le premier, celui de la mortalité du pays, est de 22,9‰, tandis que le deuxième, qui englobe toutes les pertes de guerre, est de 26,61. Pendant les années 1919-1923, la baisse de la mortalité se traduit par une proportion de 17,81 pour 1.000 habitants.

Comme trait curieux de la statistique de mortalité pendant la guerre, on peut signaler une augmentation du nombre de décès des femmes pour anomalies de l'état de grossesse, de l'accouchement ou de l'état puerpéral. Dans les années 1910-1914, les décès en question étaient de 2,3 — 2, 4 sur 1.000 femmes. En 1915, la proportion est de 2,2; en 1916 : 2,6; 1917 : 2,9; 1918 : 3,5; 1919 : 2,9; 1920 : 2,7; 1921 : 2,5; 1922 : 2,4; 1923 : 2,6.

Les femmes, comme les hommes de la population civile, ont réagi, par une augmentation de la mortalité pendant la guerre. Après la fin des hostilités, un effort d'assainissement vigoureux se laisse sentir, et l'on constate déjà une atténuation des suites de guerre.

NORVÈGE. — L'état de la mortalité.

L'annuaire, qui vient de sortir de la presse (*Sundhetstilstanden og Medisinalforholden*, 1922, Oslo, 1926), donne une foule de renseignements sur la statistique

sanitaire en 1922. Nous apprenons, tout d'abord, qu'à la fin de 1922, le royaume comptait 1.449 médecins autorisés, dont 72 femmes. En comparaison avec l'année précédente, l'augmentation est de 63.

Le nombre total des décès enregistrés par les prêtres est de 32.484, soit une mortalité de 12,1 pour 1.000 habitants. Les médecins n'ont certifié que 31.759 décès. Pour 940 personnes, la cause des décès était inconnue, soit 3 %. Dans les campagnes, la proportion était de 3,7 % et n'atteignait dans les villes que 1,2 %.

La tuberculose est la cause de décès la plus fréquente : 5.485 cas, 18,5 % de tous les décès. La mortalité par tuberculose est, en 1922, plus importante qu'en 1921, mais pas si élevée qu'en 1920.

La mortalité par cancer suit sa marche croissante à partir de 1913 et s'est particulièrement accentuée depuis 1920. Pour le diabète, l'apoplexie, l'embolie cérébrale, les maladies organiques du cœur et l'artério-sclérose, on constate également une augmentation. Par contre, les chiffres indiquent une diminution de la mortalité par pneumonie, érysipèle et les maladies de l'appareil digestif.

La natalité dépasse largement la mortalité. Le nombre des naissances enregistré en 1922 est de 63.772, dont 62.461 nés vivants et 1.311 mort-nés (enfants venus au monde après vingt-huit semaines de grossesse).

Quoique la Norvège compense sa mortalité par une natalité favorable, il est à remarquer que ce pays subit, à l'exemple des autres, une tendance vers une restriction de naissances. En 1922, le coefficient de natalité, pour 1.000 habitants, est 23,12; en 1921 : 23,97 et en 1920 : 26,14.

RUSSIE. — Service médical dans les villes et à la campagne.

D'après un rapport à la section d'hygiène de la Société des Nations de M. Syssine, professeur à l'Université de Moscou, les données de 1924 démontrent que les services de traitements médicaux sont en nombre suffisant dans les villes. On compte, par exemple, à Leningrade un lit d'hôpital pour 100 habitants. A Toula, la proportion est de 1 sur 125 et, dans d'autres centres, on obtient une moyenne de 1 sur 150.

Une statistique dressée par 33 gouvernements de l'Union des Républiques soviétiques indique une augmentation de la fréquence de l'hospitalisation. Le nombre des lits, dans ces gouvernements, est de 32.247. Dans les salles de consultation, on enregistre 2.000 visites médicales pour 1.000 habitants.

A la campagne, la situation est de beaucoup plus mauvaise. Les difficultés financières obligèrent de réduire considérablement le nombre des établissements médicaux ruraux. L'œuvre médicale dans les campagnes s'en ressent encore, et des efforts importants sont tentés pour améliorer la situation.

Le traitement hospitalier est d'autant plus urgent que les maladies infectieuses ne désarment pas. On nota, en 1924, 122.121 cas de typhus exanthématique; 48.181, récurrent; 144.582, fièvre typhoïde; 329.649, dysenterie; 26.744, variole; 5.559.854, paludisme; 179.647, scarlatine; 59.345, diphtérie; 280.937, rougeole; 1.964, encéphalite épidémique; 11, choléra, et, enfin, 204 cas de peste.

En 1924, 5 stations-laboratoires et 13 détachements ont été fondés, aux frais de l'État, pour lutter contre les maladies contagieuses. La production des vaccins et des sérums a été suffisante et il n'était pas nécessaire de recourir à l'importation. Les produits sont mis gratuitement à la disposition de la population.

SUISSE. — Le déclin de l'épidémie de variole.

Depuis bientôt cinq années, l'épidémie de variole règne en Suisse. D'après le rapport du Conseil fédéral sur le Service d'Hygiène publique en 1925, il est permis

maintenant de parler d'un déclin de la maladie. Au lieu de 1.274 cas signalés en 1924, on n'a eu que 329 en 1925. Ils ont été observés surtout dans le canton de Berne, où les 54 cas relevés représentent les dernières manifestations d'une épidémie dorénavant très étendue, de Lucerne (183 cas) et d'Obwalden (54 cas).

La cause de la persistance de ces quelques foyers est toujours la même : l'opposition tenace et irraisonnée contre la vaccination antivariolique. Sur 234 malades dont l'état de vaccination a pu être exactement déterminé, 215 n'avaient jamais été vaccinés; les 19 autres l'avaient été, mais à une époque bien antérieure à leur maladie, de telle sorte qu'ils n'étaient plus dans un état d'immunité suffisante.

L'épidémie a conservé un caractère de bénignité et n'a coûté aucune vie humaine. Les dépenses entraînées par les soins sont toutefois considérables. L'année dernière, les cantons ont déboursé 177.442 francs-or auxquels il y a lieu d'ajouter les subventions de la Confédération, soit 88.720 francs.

Si l'on prend en considération toutes les sommes que la lutte contre la variole a coûté depuis 1921, on arrive au chiffre total de 1.609.564 francs pour les dépenses des cantons et de 741.230 francs pour les subventions fédérales.

L'hygiène publique méditera, avec fruit, sur les cas de maladie et les frais de traitement. Elle verra l'importance d'une propagande inlassable afin d'éviter les dépenses considérables que la généralisation de la vaccination obligatoire peut, sans aucun doute possible, économiser.

UKRAINE. — L'activité de la Croix-Rouge.

La *Revue internationale de la Croix-Rouge* (avril 1926) donne un aperçu sur le développement, de plus en plus grand, de l'activité de la Croix-Rouge en Ukraine. Dans ce pays qui a tellement souffert pendant les années de guerre, de révolution et de la famine, le nombre des comités locaux s'est élevé, vers la fin de 1925, à 795, avec 225.000 membres. De mois en mois au cours des dernières années les comités locaux et les membres individuels ont étendu leur champ d'action, d'où résulta un progrès appréciable dans le domaine de l'assistance sanitaire. Comme trait caractéristique il est à noter que la Croix-Rouge ukrainienne se compose, en majeure partie, des comités ruraux : sur 614 établissements fondés durant les dernières années, 410 ont été établis dans les villages afin d'y assister les paysans.

Les établissements médicaux ont soigné 380.000 malades. Le chiffre total des visites s'élève à 976.000. Le nombre des journées de malades dans les hôpitaux, sanatoriums, etc., de la Croix-Rouge ukrainienne est de 852, et celui des journées de traitement fournies par tous les autres établissements au cours de 1925 est de 2.500.000.

Le travail sanitaire proprement dit est complété par une œuvre de secours. Certains districts de l'Ukraine ont souffert, l'an dernier, d'une mauvaise récolte, et la Croix-Rouge distribua aux enfants 400.000 rations. Parmi les 2 millions de roubles dépensés, les secours accordés aux enfants absorbèrent 19 % de la somme globale. 21 % ont été consacrés aux établissements médicaux, 40 % aux divers secours médicaux et le reste à l'organisation.

Pour 1926, le projet financier ratifié prévoit une dépense de 3.200.000 roubles, répartis de la façon suivante : 27 % pour les établissements médicaux; 19 % pour le secours aux enfants; 41,5 % pour les autres modes de secours; 12,5 % pour les autres branches de l'organisation.

Parmi les nouvelles activités, il est à signaler l'installation des bains dans les villages, l'enseignement sanitaire populaire, l'amélioration des conditions d'hygiène rurale, le secours médical aux paysans émigrant en Sibérie et l'organisation des cantines le long des voies de transmigration.

Après un coup d'œil d'ensemble sur les résultats obtenus et les projets d'avenir on a l'impression que l'Ukraine, qui a payé, pendant longtemps, un large tribut à la maladie et à la mort s'engage fermement sur le chemin d'assainissement méthodique.

G. ICHOK.