

INFORMATION SANITAIRE

Le Choléra en 1930-31

Dans l'ensemble du monde, le choléra a été en régression nette au cours de l'année 1930, et cette régression s'est maintenue, sinon accentuée, au cours des premiers mois de 1931. Dans de nombreux pays, le choléra n'a pas fait son apparition, ou bien sa fréquence est restée minime en 1930. Les Indes britanniques sont restées le foyer le plus important du monde; la maladie, loin d'y être en régression, y ayant même fait plus de victimes qu'au cours des années précédentes. L'infection a fortement diminué au Siam, en Indochine et en Chine. De brèves poussées épidémiques locales, promptement éteintes, se sont produites en Afghanistan et en Perse. Enfin, aux Philippines, après plusieurs années d'absence, le choléra s'est réimplanté en mars 1930 et s'y maintenait encore en juillet 1931. Aucun cas de choléra n'a été signalé dans les pays méditerranéens en 1930 ni au cours du premier semestre de 1931. Il en a été de même du Hedjaz, où les conditions sanitaires, au cours du pèlerinage de mai 1930, ont été meilleures qu'au cours des années antérieures. Alors que le choléra a disparu de l'Arabie et de l'Irak depuis 1927, une épidémie se produisit en Perse au cours de la première quinzaine de mai 1931 dans la région de Rafsandjan près de Behramabad dans la haute vallée située à 80 kilomètres à l'ouest de Kerman, dans la partie centrale du pays. Un total de 89 cas et de 62 décès a été enregistré entre le 6 et le 27 mai. Aucun foyer secondaire n'a été signalé. En Afghanistan, une épidémie éclata au début de juillet 1930 dans la vallée de la rivière de Kaboul. Le 8 juillet, on signalait qu'elle était déjà enrayée à Djellalabad, mais qu'elle avait gagné Kaboul. Dans cette ville, ainsi qu'à Charikar, plus au nord, le type clinique a été généralement bénin, et la maladie entraînait en régression en août. La choléra se répandit en juillet au sud de Kaboul, à Ghazni (à 140 kilomètres au sud-ouest) où plus de 160 cas se produisirent en deux jours. En août, la maladie atteignait Kandahar, à 450 kilomètres au sud-ouest de Kaboul, ainsi que Makur-Kalat où elle sévit avec une intensité particulière. L'épidémie paraît s'être éteinte en septembre. Il est à remarquer que si le choléra était signalé sous forme épidémique en Afghanistan en juillet 1930, la maladie était apparue au milieu d'avril dans la Province frontière du Nord-Ouest des Indes, et elle avait sévi dans plusieurs districts près de la frontière afghane en mai (125 cas), juin (330 cas), juillet (390 cas) et août (244 cas). L'épidémie diminua en septembre (20 cas) et disparut la première semaine de novembre. Il n'y avait point eu de choléra dans la Province frontière du Nord-Ouest en 1928 et seulement 57 cas en 1929. La plupart d'entre eux (50) en octobre et novembre. Or, en 1930, le nombre des cas est monté à 1,165, celui des décès à 652. Le choléra réapparut dans la province en 1931 au cours de la semaine terminée le 2 mai. Le Béloutchistan paraît être resté indemne de choléra en 1930, malgré la proximité de régions infectées.

Dans l'ensemble de l'Inde, un total de 366,951 cas a été enregistré avec 217,908 décès en 1930 soit une augmentation légère par rapport aux chiffres des années à forte morbidité cholérique (350,164 cas en 1927, 366,055 en 1928) mais une augmentation très sensible par rapport aux chiffres des autres années (120,640 en 1926, 289,096 en 1929). Dans l'Inde portugaise, 17 cas seulement de choléra avec 10 décès ont été déclarés en 1930, tous au cours de la seconde moitié de

l'année. Aucun cas n'a été enregistré au cours des trois premiers mois de 1931. Dans les Établissements français de l'Inde la marche de la maladie a naturellement suivi celle des provinces de l'Inde britannique environnantes. C'est ainsi qu'une épidémie assez sérieuse de choléra s'est produite dans le territoire de Pondichéry en décembre 1930, qui continua avec violence au cours de trois premiers mois de 1931 (920 cas et 560 décès étant alors signalés), alors que la fréquence du choléra était élevée dans la Présidence de Madras. Dans la ville de Pondichéry, l'épidémie atteignit son maximum au cours de la première semaine de mars. A Karikal, aucune épidémie notable ne s'est produite, et 6 cas seulement ont été déclarés en 1930 au lieu de 463, 176, 175 et 298 au cours des quatre années précédentes. Un total de 33 cas a été atteint de janvier à mai 1931. A Chandernagor, comme dans le reste du Bengale, la situation au point de vue du choléra a été relativement favorable en 1930. Elle l'a été moins au début de 1931. Vingt-trois cas ont été enregistrés en 1930 contre 31 en 1927, 156 en 1928 et 31 en 1929. Aucun cas n'a été enregistré à Mahé et Yanaon.

Ceylan est restée indemne de choléra pendant toute l'année 1930, fait tout à fait remarquable étant donné l'important mouvement de main-d'œuvre en provenance de l'Inde méridionale. Au cours du premier semestre de 1931, un seul cas importé a été signalé à Colombo (en mars) et trois cas à Pesalai sur la côte nord-est de l'île de Mannar, dans la Province du Nord, à la fin de mai. Deux de ces cas avaient contracté leur infection à Ramnad (Inde méridionale) alors que le troisième avait été en contact avec les précédents. Ces trois cas furent mortels.

La Malaisie et les Indes orientales néerlandaises sont restées indemnes de choléra en 1930 et 1931 comme au cours des années précédentes. Dans les Établissements des Détroits, le dernier cas, signalé remonte à avril 1928 (38 en 1926, 30 en 1927, 10 en 1928). Dans les États malais fédérés, la dernière épidémie s'est produite de juin à septembre 1927 (107 cas avec 72 décès). Dans les États malais non fédérés, c'est également en 1927 que les derniers cas ont été enregistrés. A Java, après l'apparition du petit, mais alarmant foyer de choléra de novembre 1927 à Batavia (10 cas mortels)—foyer qui provoqua la vaccination en masse de la population de ce port—le choléra disparut, à l'exception d'un cas en janvier 1928 et d'un cas importé (passager à bord d'un navire transportant de la main-d'œuvre) en février 1930. La situation a été également satisfaisante dans la péninsule indo-chinoise. Au Siam, la maladie, qui avait commencé à décroître en septembre 1929, a atteint un niveau considérablement plus bas que sa moyenne des années précédentes en 1930; 160 cas seulement ont été signalés avec 84 décès contre 10,655, 1,644, 2,017 et 3,214 au cours des quatre années précédentes. La maladie a régressé plus encore au cours des premiers mois de 1931.

Dans l'Indochine française, après la forte épidémie de choléra de 1927 (33,009 cas signalés) et la vaccination en masse qui s'ensuivit, une diminution considérable s'est produite; 6,189 cas seulement furent enregistrés en 1928, 5,148 en 1929. En 1930, ce chiffre tomba à 3,330 avec 2,431 décès. Au cours des premiers mois de 1931, la fréquence du choléra a été plus faible encore qu'au cours de la période correspondante de 1930. C'est surtout au Tonkin que la diminution s'est fait sentir. En Chine où la fréquence du choléra varie considérablement d'année en année, la maladie avait sévi dans de nombreuses localités en 1925, 1926 et 1927. En 1928, quelques rares cas furent signalés dans quelques villes. En 1929, le choléra sévissait à Nankin, Canton et Amoy où ses victimes étaient peu nombreuses, alors que 3,571 cas étaient signalés à Chang-Haï et "Greater Shanghai." Afin de prévenir le retour de la maladie en cette ville, une campagne de vaccination en masse de la population contre le choléra a été exécutée en collaboration à partir du 15 mai jusqu'en septembre par les autorités

sanitaires de la municipalité chinoise (Greater Shanghai) (404,675 vaccinations), de la Concession internationale (66,338) et de la Concession française (66,021); ainsi, 537,000 habitants, soit à peu près un quart de la population, ont été vaccinés. Il est naturellement impossible d'établir une relation causale entre les deux phénomènes, mais le fait subsiste que l'épidémie n'a pas fait son apparition en juin ou juillet comme de coutume, mais seulement le 28 août. De plus, les cas ont été peu nombreux (127), et de ceux-ci, 16 seulement furent mortels (12,6 pour cent). Un travail considérable a été effectué également pour rechercher l'origine de l'épidémie, et, en particulier, de nombreux examens ont été faits d'échantillons de selles d'individus "sains," afin de déceler les porteurs de vibriens, agglutinants ou non. Il est intéressant de signaler qu'une centaine de souches de vibriens ont été obtenues des 1,651 échantillons de selles prélevés avant le début de l'épidémie, mais qu'aucune de ses souches, sauf une exception douteuse, n'était agglutinée par le sérum anticholérique. Aucun cas de choléra n'a été signalé en 1930 ou 1931 à Hong-Kong, Kouang-Tchéou-Ouan, le Territoire à bail du Kouan-Toung et la zone du Chemin de fer sud-mandchourien. Formose, la Corée et le Japon ont été également indemnes de choléra pendant cette période (la dernière épidémie au Japon s'est produite en juillet-août 1929 avec 206 cas et 115 décès).

Faisant contraste avec tous les autres territoires d'Extrême-Orient, où, en 1930, le choléra a été en régression ou même n'est point apparu, les Philippines ont souffert d'une sérieuse épidémie qui, commencée en mai 1930, n'était point terminée encore en juillet de l'année suivante. L'archipel avait été balayé par une vague épidémique de choléra assez sérieuse en 1925, quand pas moins de 1,059 cas et 588 décès furent enregistrés. Cette vague diminua au début de 1926 et disparut à peu près complètement en avril de cette année, 10 cas seulement étant signalés en 1927, 18 en 1928, aucun en 1929. L'infection apparut tout d'abord à Cebu, l'une des îles Visayas dans la partie centrale de l'archipel, où elle persista jusqu'à septembre et ne causa pas moins de 1,175 cas et 544 décès. L'infection se répandit rapidement aux îles voisines de Negros et Panay, à l'ouest, Bohol et Leyte à l'est, et Masbate au nord. Elle ne dura que quelques semaines dans les trois dernières, mais persista dans les deux autres. La province occidentale de Negros souffrit particulièrement et sans interruption de mai 1930 à la fin de février 1931 (1,605 cas, 1,111 décès). Le choléra persista d'une façon continue dans l'île de Panay; dans la province de Iloilo, avec une brève interruption en mars, avril et mai 1931 et, plus tard, dans la province de Capiz, de la fin de janvier à la fin de juin 1931. La maladie ne fit qu'une brève apparition dans les autres provinces. A Manille, des cas isolés ou des groupes de cas furent signalés à plusieurs reprises, bien qu'un vrai foyer ne se soit produit qu'en septembre; au total, 45 cas et 11 décès ont été enregistré dans cette ville. (*Rapport Epidém. Sect. Hyg. Soc. Nations* (juil. 15), 1931.)

Purification des Eaux d'Alimentation

1. *Épuration physique.*—Elle est réalisée par (a) les filtres en porcelaine dégourdie, en charbon, en toile d'amiante, en pierre poreuse, en papier comprimé, en éponge pour les petites agglomérations ou les usages domestiques; (b) les filtres lents ou les filtres rapides, utilisant tous deux la sable comme couche filtrante, mais se différenciant par leur mode de construction et leur débit; (c) les filtres à charbon actif destinés à retenir non plus spécialement la matière organique, mais les colorants ou les odeurs que l'eau peut présenter, ainsi que l'excès de chlore déversé dans l'eau pour la stériliser; (d) les filtres chimiques destinés à retenir, avec l'aide de certains sels de la chimie minérale, les sels calcaires et magnésiens qui, par leur abondance dans certaines eaux, constituent une impureté les rendant impropres à la consommation.