

été vacciné, en 1926, 3,897,754 personnes, soit 134.3 par 10,000 habitants. Malgré les mesures prises, la vaccination est appliquée plus énergiquement dans les villes qu'à la campagne, et dans nombre de villes elle embrasse la totalité de la population. La morbidité variolique dans le pays est en baisse continue et, par endroits, elle a complètement disparu. Le nombre de cas de variole enregistrés dans l'U. R. S. S. dans ces dernières années était le suivant: 1919, 186,755 (30 par 10,000 habitants); 1920, (18); 1921, (12); 1922, (7.0); 1923, (3.8); 1924, (2.1); 1925, (1.3); 1926, (1.1); 1927, (0.9). Une partie considérable de ces cas s'observe dans les régions asiatiques de l'Union (la Sibérie, les Républiques de l'Asie Centrale). Dans la partie européenne de l'Union également, le plus grand nombre des cas s'observe dans les régions du nord et de l'est (Monts Oural, Volga moyenne). Dans les villes, la morbidité variolique a brusquement baissé; dans nombre de villes, on n'observe plus un cas de variole, ou bien des cas isolés (Moscou 7 cas, Rostoff 1 cas, Toula 1 cas, Kharkoff, Kieff, Odessa pas un cas, etc.).

Les Épidémies Quinquennales de Variole au Bengale

Le Bengale, comme les autres provinces de l'Inde, est sujet à des épidémies de variole qui éclatent périodiquement, en général tous les cinq ou six ans, et se prolongent deux ou trois ans sans interruption.² L'examen des statistiques montre que la variole a été en augmentation continue et persistante au Bengale depuis 1883, et que cette augmentation est devenue plus prononcée à partir de 1898, 1883-1887, 9,896; 1888-1892, 22,759; 1893-1897, 23,509; 1898-1902, 58,632; 1903-1907, 55,784; 1908-1912, 76,695; 1913-1917, 72,682; 1918-1922, 97,797; 1923-1927, 95,301. C'est seulement vers 1900 que l'enregistrement des décès est devenu un tant soit peu précis. Au cours du siècle actuel, le tableau relève cinq épidémies: la dernière commence vers novembre 1924 et n'est pas terminée. Au cours de ces cinq épidémies, les taux de mortalité maxima (par variole) ont été, respectivement: 0.66, 0.60, 0.53, 0.90, 0.91, pour 1,000, tandis que la mortalité minima relevée dans les intervalles des épidémies a été de 0.08 pour 1,000. Comme on le sait, la variole sévit dans l'Inde avec sa plus grande intensité dans les premiers mois de l'été, quand le temps est chaud et sec; mais on a remarqué qu'en temps d'épidémie, les cas de variole deviennent déjà nombreux dans les deux derniers mois de l'année qui précède, c'est-à-dire en novembre et décembre. Ce fait sert d'avertissement, faisant pressentir que la maladie pourra prendre une forme épidémique pendant le printemps et l'été de l'année suivante. C'est exactement ce qui s'est produit au début de l'épidémie en cours. En novembre et décembre 1924, il y avait eu nettement augmentation de la mortalité par variole. Au Bengale, la vaccination n'est pratiquée que s'il se produit effectivement des cas de variole dans le village. Un autre facteur à considérer est le suivant: tandis que la vaccination est légalement obligatoire, la revaccination ne l'est pas. Cette nécessité a été comprise pour la première fois par les autorités locales pendant l'épidémie de 1919-20: à ce moment, on pratiqua 5,017,519 vaccinations. Cela aurait beaucoup diminué le nombre de cas de variole dans l'épidémie de 1925, sinon même évité complètement cette épidémie, si depuis 1919-20 les revaccinations avaient été pratiquées régulièrement; mais lorsque l'épidémie eut cessé et que le danger parut écarté, l'on oublia la nécessité des revaccinations. En prévision de la pandémie de variole qui est à redouter pour la période 1930-1933, il est à espérer qu'on mettra immédiatement en vigueur les règlements de circonstance prévus par la loi. Tandis que l'épidémie de 1919 n'a duré que deux ans, l'épidémie actuelle se poursuit encore après trois ans écoulés. Calcutta a été la première atteinte par l'épidémie; elle a enregistré un taux de mortalité de 3.64 pour 1,000 en 1925, contre 0.29 seulement l'année précédente; le taux s'est d'ailleurs abaissé cette

² Bentley, C. A.: Bull. Off. Inter Hyg. Pub 21: 254 (fév.) 1929.

année. En considérant l'épidémie actuelle dans son ensemble, les points les plus atteints sont, par ordre de gravité, Calcutta, Howrah, Pabna, Murshidabad et Bogra. Tous les districts orientaux du Bengale, Rajshahi et Nadra, s'en sont tirés avec peu de dommage. Cependant, en 1928, il y a eu recrudescence de la variole dans les régions de Mymensingh, de Dacca, de Burdwan, et dans tout le district de Malda. En avril 1928, le Directeur de l'Hygiène publique visita le district de Malda pour y étudier les conditions locales d'hygiène. L'extrême gravité de l'épidémie depuis le début de 1928 est mise en évidence par le nombre total de cas de variole et le nombre total de décès 8,937 et 2,007, soit 22.4 pour cent de cas.

L'Épidémie de Fièvre Typhoïde à Lyon

Du 10 novembre 1928 au 7 janvier 1929, 2,430 cas de fièvre typhoïde ont été notifiés dans l'agglomération lyonnaise.³ Quelques-uns des premiers cas sont passés inaperçus, ayant été pris pour des cas de grippe. Au cours de la première semaine de janvier, le nombre quotidien des déclarations a oscillé entre 3 et 12, pour une population d'environ 800,000 personnes. Au cours des deux premières catégories d'âge de 10 années, l'incidence de la maladie est à peu près la même pour les deux sexes. Mais, à partir de la vingtième année, la morbidité féminine est très supérieure à la morbidité masculine. L'idée que l'immunité relativement frappante de la population masculine peut être due à la vaccination antityphique, obligatoire dans l'armée française, se présente immédiatement à l'esprit, mais on n'a pas recueilli jusqu'ici d'indications à l'appui de cette hypothèse. L'épidémie a surtout sévi dans les communes de la banlieue de Lyon, sur la rive droite du Rhône. L'enquête a montré que les 300 cas enregistrés dans la ville avaient été contractés dans l'une ou l'autre de ces communes, qui sont approvisionnées en eau par l'usine de Vassieux. La contamination massive de cette eau était due à une fissure survenue dans le radier d'un égout passant entre deux puits filtrants et servant à l'évacuation des eaux usées. La javellisation de l'eau a commencé le 21 novembre: au début, on a employé une forte dose de chlore (1.5 mg. par litre); par la suite, cette dose a été réduite à 0.4 mg. par litre. Des mesures énergiques ont été prises en vue de réduire au minimum les risques d'infection provenant des porteurs de germes, notamment par la surveillance de la préparation et de la vente des articles destinés à la consommation humaine et particulièrement susceptibles de contamination. Six centres de vaccination antityphique ont également été créés, mais le nombre de personnes qui ont en recours à la vaccination est resté très faible.

La Forme Filtrante et la Prophylaxie Tuberculose

Selon Levent,⁴ les auteurs s'accordent—que le temps n'est pas encore venu, s'il doit jamais venir, de nous relâcher des mesures de prophylaxie que nous employons contre le bacille acido-résistant. Elles ont prouvé leur efficacité contre le bacille de Koch et la tuberculose, on peut leur faire crédit vis-à-vis de la forme filtrante. Même, donc, au cas où l'infection transplacentaire serait reconnue fréquente, la nocivité vraisemblable des surinfections continuerait à nécessiter la séparation des sujets sains et des infectés, quel que soit le rôle des formes filtrantes. Les précautions usitées pour l'adulte ne sont pas non plus rendues caduques puisqu'on peut craindre que des sujets qui ne crachent pas de bacilles ne soient cependant des agents de contamination. Les études à venir devront s'efforcer de mettre en lumière les signes cliniques, anatomiques, sérologiques propres aux formes filtrantes; peut-être trouvera-t-on là une explication de la

³ Rap. Épidém. Mens. Sec. Hyg. Soc. Nat.: 8: 12 (Janv. 15), 1929.

⁴ Levent, R.: Gaz. Hôp. 102: 466 (mar. 23) 1929.