

LA SITUATION SANITAIRE DE LA FRANCE APRÈS 5 ANS DE GUERRE ET D'OCCUPATION

Par M. le Dr. CAVAILLON, et Dlle. le Dr. DANZIG

Secrétaire Général et Conseiller Technique, respectivement, de la République Française

A l'heure où la France sort renaissante de cinq années de guerre et d'occupation, nombreux sont les Américains qui viennent nous demander quelle est la situation matérielle dans laquelle se trouvent les Français. Ils savent sans doute que nous sommes tous animés d'une volonté précise de faire renaître nos villes détruites, de relever nos maisons, de rétablir nos communications, de reconstruire nos usines. Mais, ils savent aussi que pour faire face à toutes ces tâches, il faut des hommes et des femmes doués, non seulement de bonne volonté et de courage, mais encore capables de soutenir l'effort physique nécessaire. Ils se demandent si nous avons, en particulier, des enfants suffisamment sains, suffisamment robustes, pour qu'ils puissent continuer notre tâche.

Il ne faut donc pas préjuger de la santé de tous les petits français sur les bonnes joues rouges de tel petit garçon normand, ou sur l'aspect solide de tel autre petit paysan du Centre. Il ne faut pas non plus se baser, pour établir un jugement, sur le petit citadin de milieu riche, nourri, ainsi que sa famille, grâce aux envois faits à grands frais de la campagne.

Il est donc bon de n'être ni d'un pessimisme exagéré; en réalité les Français ont souffert des restrictions alimentaires, ils en souffrent encore, quoique d'une manière moins spectaculaire que certains s'attendaient à le trouver, d'une manière peut-être moins tangible aussi qu'il y a quatre ans.

Si la santé française est ainsi atteinte, c'est que de multiples causes concourent à son affaiblissement, causes parmi lesquelles il faut placer au premier plan l'affaiblissement de nos moyens de défense contre la maladie et la disette

(A) AFFAIBLISSEMENT DE NOS MOYENS DE DÉFENSE CONTRE LA MALADIE—De gros efforts avaient été faits en faveur de la Santé Publique en France depuis la dernière guerre. Dans tous les domaines des progrès marqués avaient été réalisés. C'est ainsi par exemple, que la lutte antituberculeuse avait pris un grand développement avec la multiplication des dispensaires, l'augmentation massive des placements dans les Etablissements de cure, le perfectionnement des méthodes de traitement médicales et chirurgicales, la prophylaxie faite dans le milieu familial par les Assistantes Sociales, le retrait des enfants des foyers contaminés. Nos résultats n'étaient pas parfaits, mais nous étions, dans ce domaine, en voie d'amélioration constante. Certes la morbidité et

la mortalité tuberculeuses restaient encore élevées en France, mais nous étions néanmoins en voie de diminution. Le chiffre des décès par tuberculose pour 100,000 habitants était passé de 225 cas environ en 1905 à 125 environ en 1934.

Au point de vue de la lutte contre les maladies vénériennes nous étions également en grands progrès. Dans un certain nombre de villes données les cas récents de syphilis primo secondaires étaient passés de 2,400 en 1921 à 900 en 1927, pour remonter, il est vrai, à 1,500 en 1930, redescendre ensuite progressivement jusqu'à 620 en 1939. Parallèlement, le nombre des consultations croissait et passait de 110,000 en 1921 à 220,000 en 1938.

En ce qui concerne la mortalité infantile, elle décroissait aussi régulièrement passant de 7.9% en 1930 à 7.1 en 1934, à 6.5% environ en 1939. Quoique ce chiffre restât élevé, nous étions en droit d'espérer, si nous continuions à parfaire nos méthodes de protection maternelle et infantile, une amélioration plus sensible encore.

Mais, ce ne fut pas sans difficultés sans cesse accrues, car aux difficultés de personnel s'ajoutèrent des destructions de plus en plus importantes de beaucoup d'organismes techniques, et cela par suite des événements de guerre (dispensaires ou hôpitaux gravement endommagés ou détruits au cours de opérations militaires, ou par suite des bombardements aériens). Nous fûmes et nous sommes encore gênés dans le fonctionnement de certains de nos organismes sanitaires par la réquisition de nombreux établissements et tout cela provoque un amoindrissement réel de notre armement sanitaire. Enfin, une grande partie de notre organisation sanitaire estivale ou d'ordre climatique est pratiquement supprimée: colonies de vacances impossibles à faire fonctionner parce que se trouvant dans des régions interdites, maritimes ou frontalières ou dans des zones dangereuses parce que minées (c'est ainsi que les établissements de cure hélio-marine de Lorient et d'Arcachon ne peuvent fonctionner actuellement, que le sanatorium de Palavas pour tuberculoses osseuses est fermé, que la presque totalité des établissements hélio-marins de Berck Plage pour la cure des tuberculoses osseuses n'a pas encore repris son fonctionnement). Toutes ces causes concourent à un affaiblissement marqué de la défense sanitaire, non seulement en ce qui concerne la tuberculose mais pour l'ensemble: il n'est pas sans inconvénients que nous ayons cédé les hôpitaux modernes de Rouen ou de Reims à l'armée américaine pour mettre nos malades dans de vieux hôpices hâtivement remis en état: il était naturel de le faire: cela ne facilitait pas notre tâche.

(B) Tout cela est dont très important, mais ce ne serait encore rien: *la chose essentielle fut indiscutablement la disette*, le rationnement alimentaire sévère auxquels se sont ajoutés les privations de combustible et de textiles de toutes sortes. Pour avoir le droit d'employer ce terme de *disette*, il faut considérer le problème à la fois dans *l'espace* et dans *le temps*.

I. Dans *l'espace*.—Il faut bien distinguer entre les régions productrices et les régions non productrices: (a) *les régions productrices* ont peu souffert relativement parce que les paysans ont, dans ces régions, réussi à éviter en partie de satisfaire aux ordres des allemands et du gouvernement de Vichy, à conserver clandestinement une partie de leur production. Quoiqu'il en soit, dans les campagnes productrices, les populations continuaient à vivre à peu près normalement, parce qu'elles

consommaient sur place une bonne part de ce qu'elles produisaient. Mais même dans ces régions productrices, les villes furent en proie à une disette relative, car tout était surveillé; les routes, les gares de chemins de fer; les voyageurs sortant des gares étaient fréquemment fouillés, les cyclistes susceptibles d'apporter des denrées de la campagne à la ville étaient arrêtés sur les routes et leurs denrées confisquées. (b) *dans les régions non productrices*: comme les départements du midi à monoculture viticole la disette sévit par contre, à la campagne comme à la ville. Elle était plus grave encore dans les grandes villes de ces régions non productrices. Enfin, dans les très grosses agglomérations, comme Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, la disette fut à son comble et les restrictions portèrent sur les éléments essentiels de l'alimentation.

II. Dans le temps en effet, les conséquences des événements de guerre et des restrictions ne se firent sentir ni de façon identique, ni de façon progressive suivant les années. Examinons le tableau de la mortalité générale de la France entre les années 1938 et 1943;

Années	Nombre total de décès	Décès Pr. 10,000 habit.
1938	621,417	155
1939	639,435	155
1940	734,550	182
1941	660,279	174
1942	638,298	168
1943	609,596	164 ¹

Le tableau nous montre plusieurs choses: D'abord que la mortalité générale française est, dans l'ensemble en recrudescence; ensuite que les années 1940 et 1941 furent les plus meurtrières, que ce soit en matière de décès par causes générales, en matière de mortalité tuberculeuse, en matière de mortalité infantile, nous retrouvons partout cette flèche d'augmentation de la mortalité pour 1940 et 1941. Après 1941, ceux qui avaient résisté s'adaptèrent, cessèrent de maigrir, ne firent plus d'accidents dramatiques, bien que les restrictions alimentaires se soient, depuis, constamment aggravées; cette adaptation à un état de chose médiocre ne veut pas dire que la population française retrouva sa santé d'avant guerre; les Français purent supporter les restrictions, mais sans jouir d'une santé parfaite; les troubles étaient seulement mineurs moins visibles, moins perceptibles. A l'heure actuelle, après quatre années d'accommodements plus ou moins faciles avec les restrictions, nous entrons même dans une nouvelle période critique surtout chez *les enfants* pour qui, il nous faut, comme nous le verrons plus loin, jeter le cri d'alarme.

Une étude comparative nous permet d'arriver aux conclusions suivantes: (a) *la ration totale* allouée aux adultes est supérieure en mars 1945 de près de la moitié à celle allouée en décembre 1943 mais cette augmentation de la ration porte surtout sur les glucides, un peu sur les lipides, et les protéines d'origine végétale. (b) mais la ration de protéines animales est la même, et arrive ainsi à n'être en mars 1945 que le 1/7 en poids de la ration de protéines végétales, alors qu'elle devrait au contraire représenter les 65% de la ration totale. (c) le déséquilibre protéidique général continue à persister. En ce qui concerne la catégorie J.3.:

(a) *la ration totale* allouée aux adolescents n'a augmenté que dans une proportion comparativement plus faible que chez les adultes puisqu'elle s'est accrue du 1/7 de la ration totale environ; cette augmentation porte surtout sur les glucides, un peu sur les lipides. (b) mais la ration totale des protéines, à peu près équivalente,

¹ Ce dernier chiffre serait inférieur par défaut.

est encore plus mal équilibrée puisque la ration de protéines animales est réduite en mars 1945 au 1/3 de ce qu'elle était en décembre 1943, et ne représente plus que le 1/6 en poids de la ration de protéines végétales. (c) le déséquilibre protidique général continue à persister.

Cette insuffisance des lipides et surtout des protides d'origine animale est *très grave* répétons-le.

On pourrait objecter que beaucoup de Français ont consommé, effectivement, tant pendant les années d'occupation qu'à l'heure actuelle des rations supérieures à celles officiellement allouées par le ravitaillement; cela n'est pas douteux, mais même avec le correctif apporté par les quelques denrées en vente libre, les relations à la campagne se traduisant par la réception de colis familiaux, le "débrouillage," le marché noir, le supplément consommé ne fut jamais suffisant pour apporter à chacun une ration normale. Et ce supplément était différent suivant les possibilités des catégories sociales. C'est ainsi par exemple qu'à Marseille nous obtenons les chiffres suivants de rations effectivement consommées dans les familles (chiffres obtenus après mesures exactes faites à domicile par des assistantes sociales spécialisées)

Suivant la catégorie sociale par exemple, le chiffre des rations de protéines effectivement consommé est différent: il passe de 22 gr en 1941 et 16 gr en 1942 de protéines animales pour les familles dont le revenu mensuel est inférieur à 1500 F., à 35 gr en 1945 et 30 gr en 1942 pour les familles dont le revenu mensuel est compris entre 1500 et 3500 Frs. Mais, malgré tout, quelle que soit la catégorie sociale, l'insuffisance des protides animaux est manifeste; la moyenne des protides animaux est en effet de 27 gr en 1941 et 24 gr en 1942 contre 45 gr en 1941 et 49 gr en 1942 de protides végétaux.

A Paris, un rapport du Professeur Richet estimait à 1,500 calories en 1942 la ration totale moyenne des parisiens; cette ration se décomposait ainsi: 960 à 1000 calories fournies par le rationnement; 200 calories fournies par le marché libre; 200 calories fournies par les colis familiaux et le marché noir. Mais toujours, il s'agit d'une ration pauvre en viande, oeuf et laitage, et relativement abondante en légumes, le tout se traduisant par une consommation quotidienne moyenne de 19 gr de protides animaux et de 44 gr de protides végétaux.

Même avec les rations supplémentaires non officielles, la ration fut insuffisante tant du point de vue quantitatif global que de ses éléments qualitatifs. Actuellement, la situation ne s'est pas améliorée de façon sensible et le déficit protidique animal est toujours marqué pour deux raisons: en raison des faits de guerre, une partie du cheptel a été détruite, ce qui restreint nos possibilités en viande et produits laitiers; la qualité de ce cheptel restant est en baisse, car aux événements de guerre s'est ajoutée une sécheresse intense qui a réduit les productions de fourrage dans de proportions considérables, le bétail est sous alimenté, d'autant plus que les tourteaux d'Afrique du Nord ne nous arrivent plus depuis longtemps. C'est pourquoi, nous avons peu de viande, une production laitière insuffisante. D'autre part, le bouleversement des transports qui ne se réparent que peu à peu depuis la libération, apporte encore une gêne considérable dans l'apport de ces rares denrées aux grands centres. Cette insuffisance de transport qui joue pour le ravitaillement officiel, joue, bien entendu, pour tout ce qui constituait le ravitaillement parallèle, en particulier les colis familiaux. De sorte que la situation s'avère toujours grave et particulièrement pour les individus jeunes.

RATION OFFICIELLEMENT ATTRIBUÉE

(1) Pour l'ensemble des grandes villes, la Libération a amené une amélioration de 30 à 50% du taux calorique de la ration allouée, qui se maintient aux environs de 1,500 calories—(au-dessus avant décembre; au-dessous depuis Janvier 1945); (2) à Paris, la ration de viande a doublé depuis le mois de Septembre 1944, passant de 120 à 250 grs par semaine. Elle diminue à nouveau en décembre 1944, et en mars 1945, il n'a pas été distribué de viande pendant les trois premières semaines; (3) D'autre part, alors que les taux de calcium, de fer et de vitamine B2 se sont légèrement élevés pour les catégories A, J1 et J2, ils sont en baisses très marquée pour les catégories J3 et femmes enceintes. Ceci est en rapport avec le fait que la ration de fromage et de lait a été très diminuée: de 200 grs par mois pendant le 1er semestre, elle est passée à 100 et même 40 grs au cours de ce semestre. (4) Enfin les suppléments de viande alloués avant la libération aux catégories J3 et Femmes enceintes ont été supprimés et les taux actuels de protides animaux pour ces catégories sont inquiétants."

La question du lait.—Tout ce que nous venons de voir, nous montre le déficit protéique important surtout en ce qui concerne les protéines animales; de plus nous avons souligné, à plusieurs reprises, le déficit en lait et en produits laitiers. Nous avons vu que la ration de fromage diminuait progressivement, que le beurre était devenu bien rare (à Paris, nous avons touché, depuis le début de l'année 1945, 3 fois 50 gr de beurre par personne!) et 999 personnes sur mille n'ont pas pu s'en procurer un gramme de plus! Le problème du lait est encore, à l'heure actuelle, un des plus angoissants car avec lui c'est tout le problème de l'alimentation des nourrissons qui est en jeu; c'est encore le problème du précieux appoint alimentaire que le lait apporte aux rations insuffisantes de nos enfants, de nos adolescents, de nos vieillards, de nos femmes enceintes et de nos nourrices, de nos malades. Pour les nourrissons, le lait est une denrée rare; la ration qui leur était attribuée pendant l'occupation et qui leur est encore attribuée dans beaucoup d'endroits n'est que de 750 gr par jour, et est fournie la plupart du temps en lait "standard" écrémé à 30%. La situation est encore plus critique dans les grands centres, dans les départements à monoculture viticole dépourvus d'élevage, tels ceux du littoral méditerranéen et devient parfois dramatique pendant la saison chaude. En effet, dans les grands centres, il est parfois impossible de procurer aux nourrissons un lait de bonne qualité. Il y a des difficultés à tous les degrés; difficulté dans le ramassage, et l'apport à la ville du fait de l'insuffisance des transports routiers, difficulté de pasteurisation par destruction des usines et manque de combustible, impossibilité de "nettoyer" les boîtes à lait.

A cette insuffisance calorique due à une insuffisance de la ration alimentaire, s'ajoutent encore pendant les saisons humides et froides, les mauvaises conditions de chauffage dans lesquelles se trouva l'ensemble de la population depuis le début de l'occupation allemande, conditions qui ont persisté et se sont même aggravées depuis Août 1944. Si dans les petites agglomérations voisines des régions boisées, il fut presque partout possible à la population de se chauffer au bois, partout ailleurs et notamment dans les grandes agglomérations, le problème du chauffage alla en s'aggravant d'année en année. Les attributions annuelles pour un foyer tombèrent de 300 Kgs pour l'hiver à 100 Kgs et même furent nulles, pour l'hiver

1944-1945. Pendant les années d'occupation, de rares suppléments de 50 Kgs étaient attribués à certaines périodes aux nourrissons de moins d'un an (pour un mois) ou aux grands malades. Mais, pendant l'hiver 1944-1945, aucun supplément ne fût accordé et peut-être pas un foyer français sur 1,000 ne fût chauffé, même ceux qui comportaient des malades, des enfants en bas âge ou des vieillards. Avec la rigueur particulière et prolongée de la température, ce fût une véritable catastrophe et c'est pourquoi nous avons assisté au début de 1945, à une recrudescence de la mortalité générale et plus particulièrement de la mortalité infantile. Il y avait cinq degrés centigrades sous zéro dans les appartements et l'on était obligé de laver les bébés avec de l'eau glacée.

Même, le chauffage des hôpitaux ne fût pas assuré de façon constante et régulière, malgré tous les efforts entrepris dans ce domaine. D'autre part, le rationnement rigoureux du gaz et de l'électricité, l'interdiction du chauffage domestique électrique, les fréquentes pannes de courant ne permettaient pas de suppléer au charbon déficient par l'électricité. Nous avons vu de petits Hôpitaux de province où des nourrissons sont morts de froid, faute de chauffage, où des nouveaux-nés prématurés et débiles ne purent résister parce qu'on ne peut les placer dans des couveuses électriques qui ne fonctionnaient plus.

A l'insuffisance alimentaire, à l'insuffisance ou à l'absence totale de chauffage, s'ajoute un 3ème facteur qui diminue encore la résistance des individus contre le froid. C'est le manque presque total de textiles de qualité qui fait que nous avons dû renoncer à remplacer vêtements, sousvêtements et chaussures usagés. Pour les classes aisées qui possédaient une certaine réserve vestimentaire, le problème des vêtements et des chaussures ne s'était pas posé de façon aigue, au moins au début des années d'occupation. Mais pour les classes moyennes ou pauvres qui n'avaient pas d'avance, le problème devint vite angoissant, et le demeure encore en hiver.

En résumé, tous nos moyens de défense contre la déperdition calorifique ont donc été atteints, qu'il s'agisse de l'apport calorifique interne par l'alimentation, ou des autres moyens de lutter contre le froid que sont le chauffage et les vêtements.

ACCIDENTS QUI ONT MARQUÉ LE DÉBUT DES RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Au début de la période marquée des restrictions le symptôme le plus communément rencontré fût l'amaigrissement; cet amaigrissement frappa la majorité des français, plus spécialement les hommes et les gens âgés. Il s'agissait d'un amaigrissement progressif qui pouvait atteindre jusqu'à 10, 15 Kgs, 20 Kilogrammes, c'était parfois le seul symptôme manifeste et alors d'une importance relative. Mais souvent, il s'accompagnait d'autres troubles, en particulier, d'un état de fatigue, d'asthénie, s'aggravant de façon notable à l'occasion du moindre effort; les sujets sont pâles avec un regard terne. A un degré de plus les sujets présentaient de l'anémie, de l'hypotension, de la bradycardie, de la polyurie; les extrémités étaient parfois cyanosées, la peau sèche, écailleuse. Dès cette époque, on constate une recrudescence de la frilosité et une fréquence de plus en plus grande des engelures. Mais tous ces accidents mineurs s'aggravèrent chez certains sujets, particulièrement en 1941, époque à laquelle se placent les grands accidents aigus dus à la dénutrition.

Parmi ces accidents, les plus fréquents furent les œdèmes de carence, ce qu'on désigne communément sous le nom "d'enflure de la faim". A un degré plus marqué encore se place le coma hypoglycémique par dénutrition, qui était parfois la phase terminale des œdèmes avec dénutrition. C'est à cette période que se place la recrudescence de la mortalité générale que nous avons déjà vue.

LES TROUBLES DIVERS QUI PERSISTENT

Quoiqu'il en soit après cette période initiale de 1941 où les accidents furent importants, tous ceux qui avaient résisté commencèrent à s'adapter au régime carencé; les poids se stabilisèrent, même certains individus arrivèrent à reprendre un peu de poids sans avoir cependant une alimentation plus riche. Les grands œdèmes, les comas, hypoglycémiques avec dénutrition disparurent. Cependant persistèrent et persistent encore, un certain nombre de petits troubles. Les engelures sont fréquentes, elles commencent tôt dans la saison d'automne et finissent tardivement au printemps. Elles sont dues à la fois au manque de chauffage et à l'insuffisance de la ration alimentaire qui aboutit à un refroidissement des extrémités.

Parmi les autres troubles se placent l'anémie souvent marquée qui nous montre un taux moyen de globules rouges progressivement décroissant entre les années 1941 (où il était à 4,430,000 globules rouges) et 1945 où il est tombé de 3,780,000 G.R. De plus, nombreux sont les signes de déficience musculaire et osseuse; fragilité des os avec fréquence plus grande des fractures pour un traumatisme minime, fréquence des ptoses viscérales et des hernies. On constate également une recrudescence des ulcères gastriques et des perforations de ces ulcères. Enfin, presque tous les sujets sont en proie à une asthénie, une fatigabilité importantes qui sont *certainement* liées à l'insuffisance des lipides et surtout des protéines d'origine animale. Car, répétons-le, si notre régime s'est amélioré au point de vue quantitatif (augmentation globale du nombre de calories consommées) il ne s'est pas amélioré au point de vue de l'équilibre de ses différents constituants, surtout en ce qui concerne les protéines animales.

RETENTISSEMENT DES ANNEES D'OCCUPATION SUR L'ÉVOLUTION DES MALADIES SOCIALES

(a) Nous assistons actuellement à une recrudescence notable des *maladies vénériennes*. Elle est certainement due à toutes les circonstances de la guerre, aux grands mouvements de populations, à l'occupation elle-même, aux circonstances qui ont accompagné l'occupation. Toutes ces contingences ont abouti à une augmentation considérable de la prostitution clandestine; celle-ci a certainement son origine dans l'isolement, les difficultés toujours plus grandes de la vie qui ont poussé un nombre croissant de femmes à se prostituer. Quoiqu'il en soit, on constatait, nous l'avons déjà dit, en étudiant les statistiques de 20 grandes villes 2,400 cas récents de syphilis primo secondaire en 1921, seulement 900 cas en 1927, puis 1,500 cas en 1940; après cette date la courbe tombe encore pour n'être que de 600 cas en 1938. Mais entre 1939 et 1945, nous assistons à une remontée en flèche de

600 cas en 1939-1940 à 1,400 cas en 1944. Cependant le nombre des consultations antivénéériennes continue à croître, la qualité du dépistage ne s'est pas modifiée ainsi qu'en témoigne le graphique joint. Les autres maladies vénériennes n'ont cessé de croître également, en particulier, la blennorragie. Son traitement s'avère de plus en plus difficile par suite des sulfamidorésistances; et nous n'avons pu encore, à l'heure actuelle, faute de ce médicament, entreprendre le traitement à la pénicilline.

(b) La tuberculose.—En ce qui concerne le développement de la tuberculose que constitue une des conséquences les plus importantes, et les plus menaçantes pour l'avenir, de la sous-alimentation, il nous est difficile d'apporter des chiffres statistiques précis, tout au moins quand à l'évolution de la morbidité tuberculeuse générale. La tuberculose n'est pas en effet une maladie à déclaration obligatoire en France; on ne peut donc que se faire une idée partielle de la morbidité tuberculeuse en étudiant celle-ci dans un cadre restreint comme celui d'un dispensaire par exemple. Il est plus facile d'avoir une idée générale sur la mortalité tuberculeuse dont les statistiques peuvent être établies par la déclaration des cas de décès. C'est pourquoi en ce qui concerne la mortalité tuberculeuse, nous pouvons étayer notre conviction sur des chiffres précis qui nous sont communiqués par l'Institut National d'Hygiène. Cet Institut établit une comparaison en ce qui concerne la mortalité tuberculeuse entre l'année 1943 et la moyenne des années 1933/1938; on constate une augmentation de 11%: 1933, 131 cas; 1934, 128; 1935, 123; 1936, 120; 1938, 137; 1943, 141. Cette augmentation globale traduit mal l'évolution de la mortalité tuberculeuse sur l'ensemble du territoire. En effet, alors qu'on a vu la mortalité par tuberculose diminuer dans certaines régions de France, on l'a vue augmenter, et de façon considérable dans certaines autres régions.

Ce qui est intéressant dans l'étude de la mortalité locale, c'est que précisément ce sont les régions bien alimentées, telles que la Bretagne, qui accusent une nette diminution de la mortalité tuberculeuse; alors qu'au contraire, certaines régions du Centre et surtout les régions du Sudest et la région parisienne nous montrent une grave augmentation de la mortalité tuberculeuse surtout en ce qui concerne les âges moyens. De l'ensemble de cette étude, nous pouvons déjà retenir que les départements les plus touchés par la tuberculose sont les départements à grosses agglomérations urbaines d'une part, et d'autre part les départements du littoral méditerranéen qui ont été les plus mal ravitaillés. Nous pouvons donc conclure avec l'Institut National d'Hygiène que "les restrictions ont provoqué une augmentation indéniable de la mortalité tuberculeuse dans les milieux urbains denses et peu de modifications appréciables dans les milieux ruraux, sauf dans le Var et le Vaucluse, particulièrement sous-alimentés. Les régions de France qui paraissent les plus menacées sont: la région parisienne, la région lyonnaise et la région marseillaise."

Si l'on compare les années 1941 et 1942 aux années 1937 et 1938 on constate une augmentation des nouveaux cas de tuberculose de 48% pour Paris. Comme pour Paris, on constate une augmentation, quoique moins nette, pour les 46 départements situés au Nord de la ligne de démarcation, on constate une augmentation moyenne de 16.4%. L'Institut National d'Hygiène a utilisé depuis 1944 le nombre des congés de longue durée attribué aux fonctionnaires pour tuberculose comme données statistiques. Enfin, en 1945, le problème de la tuberculose en France se pose de façon encore aigue. Sans qu'on ait pu encore fixer la morbidité et la mortalité tuberculeuses de façon précise, nous pouvons affirmer que le retour des prisonniers et des déportés d'une part, et d'autre part l'état de déficience dû à la sous-alimentation dans lequel se trouve encore une grande partie de la population française et spécialement les adolescents nous donne les plus grandes craintes en ce qui concerne une recrudescence importante de la maladie.

RETENTISSEMENT DE LA SOUS-ALIMENTATION SUR LA SANTÉ DES ENFANTS

Nous considérerons les divers stades de l'enfance, en nous arrêtant particulièrement sur les 2 âges qui paraissent les plus touchés: la 1^{ère} enfance (de 0 à 1 an) et l'adolescence.

La Première enfance.—Nous avons vu précédemment que, quoique restant encore élevée par rapport aux pays nordiques par exemple, la mortalité infantile décroissait régulièrement en France depuis quelques années; elle était tombée à 65 en 1938 et à 63 en 1939, pour 1,000 naissances vivantes. Elle est remontée brusquement en 1940 à 91% pour se stabiliser entre 70 et 75 jusqu'en 1943.

En 1944, la courbe continue son mouvement croissant puisque nous avons une moyenne de 9.5% de décès pour le 1er âge. Nous ne pouvons entrer dans le détail des statistiques pour 1944 car les chiffres de mortalité sont longs à établir et nous ne les avons pas encore pour l'ensemble de l'année 1944. De même en ce qui concerne 1945 nous ne pouvons donner que des résultats partiels. Mais il semble d'ores et déjà qu'on puisse dire qu'il y ait eu une recrudescence notoire de la mortalité du 1er âge en Janvier et en Février, ce qu'il est facile d'expliquer par les grands froids et par l'absence presque complète de chauffage.

Quelles ont été les causes de ces décès? Il semble qu'elles aient été multiples, on constate une recrudescence des affections pulmonaires, des affections méningées, des infections graves surtout pulmonaires, secondaires à des infections banales—(rougeole, coqueluche) *mais il est un fait important* c'est que le nombre des maladies et particulièrement des maladies infectieuses dont sont morts les enfants va en croissant, ce qui prouve que les bébés sont beaucoup plus accessibles et vulnérables à toutes sortes d'infections. Ceci est surtout vrai pour le 1er trimestre, période d'hiver. En été, nous l'avons déjà vu, c'est un facteur autre qui intervient; la mauvaise qualité d'un lait inégal et arrivant dans de mauvaises conditions après un transport trop long favorise les gastro-entérites graves. Les infections intercurrentes pulmonaires et surtout digestives jouent donc un rôle important dans la recrudescence de la mortalité infantile. Est-ce à dire ou'elles sont seules en cause?

Nous ne le croyons pas, l'enfant arrive au monde déjà grevé de certaines déficiences, pour les enfants nés à terme, en général, ces déficiences ne sont pas apparentes, un grand nombre d'accoucheurs ont en effet montré que le poids et la taille à la naissance étaient sensiblement normaux, peut-être très légèrement inférieurs à la moyenne; mais il y a d'une part un plus grand nombre d'enfants qu'autrefois qui naissent prématurément et qui sont débiles; et pour ces prématurés, le poids de naissance est plus faible que pour les prématurés de même âge nés dans les années antérieures. D'autre part, même si le bébé apparaît normal à sa naissance, n'oublions pas qu'il a pu souffrir pendant sa vie intra-utérine. En effet, le régime des femmes enceintes n'est pas suffisant. Et pour beaucoup d'entre elles, comme nous l'avons vu, à l'insuffisance alimentaire s'ajoutent les

soucis, l'excessive fatigue d'un travail au dehors rendu nécessaire par les difficultés croissantes de la vie, et souvent les chagrins et les émotions de tous ordres. Un autre facteur joue également; c'est l'extrême difficulté de l'allaitement au sein. Non pas que les femmes ne veuillent pas nourrir; au contraire nous constatons communément un très grand désir de nourrir chez beaucoup de mamans qui avant la guerre n'auraient peut-être pas manifesté ce désir. Et c'est peut-être grâce à cette volonté maternelle de nourrir que nous devons de n'avoir pas une mortalité infantile encore plus forte.

CONCLUSION

Nous voyons donc que la situation apparaît grave pour nos enfants, et particulièrement pour nos jeunes adolescents. Cette situation est due non seulement à l'insuffisance calorique totale du régime alimentaire, mais surtout à son mauvais équilibre, en particulier en déficit en protides et lipides animaux. Cette situation ne semble cependant pas irrémédiable. En effet, l'expérience des repas supplémentaires fournis à certaines catégories d'écoliers (par exemple l'expérience des "gouters suisses") nous ont montré que les enfants soumis à un régime normal reprennent, et assez rapidement, un poids et une taille normaux et même parfois supérieurs à ceux de 1938. La moyenne est une prise de poids de 2 Kgs pour les enfants qui bénéficient pendant 3 mois de ces goûters.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Un ensemble de circonstances malheureuses et même catastrophiques a diminué dans des proportions considérables les ressources alimentaires et les ressources de toutes sortes de notre pays. Au premier plan de ces circonstances se place la guerre avec toutes ses conséquences: occupation du territoire, destruction des éléments vitaux du pays (usines, voies de communication). A ces circonstances majeures sont venues, ces derniers temps, s'en ajouter d'autres dues aux conditions atmosphériques exceptionnelles de ces dernières années. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que l'on n'ait pu constater une amélioration nette de nos conditions de vie depuis la libération. Il n'est pas douteux cependant que nous sommes en train de remonter, malgré tout, la pente; mais au moment même où nous écrivons, le retour des prisonniers et des déportés nous pose de nouveaux, urgents et angoissants problèmes, en particulier en ce qui concerne l'hospitalisation, la prise en charge de milliers de tuberculeux, de malades, de sous-alimentés.

Nous avons à être vigilants pour dépister à leur début des épidémies possibles (en particulier de typhus). Nos chemins de fer, à peine remis en état, suffisent difficilement au transport des prisonniers et nous ne pouvons les utiliser suffisamment pour améliorer nos conditions économiques.

Nous avons été obligés également de mobiliser une grande partie des médecins et de les enlever à la population civile pour les besoins d'abord de la guerre, ensuite du rapatriement.

Nous sommes de plus en proie à des alternatives de chaleur et de gel, d'inondations et de sécheresse qui détruisent nos fruits et risquent de compromettre nos récoltes.

La France, toutefois, ne demande rien—sauf cependant qu'elle ne soit pas jugée superficiellement sur la bonne mine artificielle des prostituées qui ont toujours grouillé autour de toutes les armées de tous les pays; ni sur l'élégance des "midinettes parisiennes," ni sur la réelle bonne santé de certains campagnards.

Elle souhaite que l'on n'oublie pas que les plus faibles ont succombé; elle souhaite que l'on n'oublie pas, pour se faire une opinion d'ensemble, d'aller visiter les quartiers populeux des grandes villes et des régions méditerranéennes. Elle souhaite que le menu des Français ne soit pas jugé d'après celui d'un restaurant de marché noir de Paris ou de Lyon, dont le taux correspond à 15 jours du salaire d'un ouvrier, ni sur le déjeuner succulent qu'on peut encore obtenir dans certaines de nos auberges campagnardes; ni même sur le menu de déjeuner que bien des familles parisiennes tiennent à cœur d'offrir à leurs hôtes, en se privant pendant une semaine pour pouvoir y arriver. Elle souhaite qu'on la juge sur les restrictions imposées aux malades dans les hôpitaux aux vieillards dans les hospices, à domicile dans les logis des petits rentiers et des retraités.

La France ne demande rien d'autre, mais ne peut cependant qu'être reconnaissante à ceux qui veulent bien lui apporter une aide effective (telle celle de l'Irlande qui nous a fait don d'un hôpital de 100 lits; de la Suisse qui met à notre disposition, des lits de tuberculeux, et aide nos enfants par les "goûters suisses" ou par la prise en charge de certains enfants particulièrement déficients, pendant quelque mois; de l'Amérique qui nous envoie de la pénicilline; de l'Angleterre qui nous aide à vêtir ceux qui seraient presque nus; de l'U.R.S.S. qui assiste avec tant de soins nos prisonniers délivrés sur le lointain front de l'Est).

Le lait condensé, la viande, les matières grasses nous manquent encore et seront encore rares cette année car, avec la sécheresse, le bétail déjà sous alimenté l'année passée aura un rendement insuffisant encore cette année.

Nous ne pouvons, faute de transports encore, faire venir ce que produisent nos colonies; pas une banane, pas une orange ne sont entrées en France pour les petits Français qui n'en connaissent plus l'existence, et pourtant les mers sont maintenant libres; Madagascar pourrait nous envoyer du cuir pour nous chauffer, mais nous n'en avons pas reçu un kilogramme.

Les Américains ont mis à notre disposition, au titre de la loi prêt bail, des lits d'hôpitaux. Nous leur en sommes très reconnaissants; mais, quand nous sommes dans une ville détruite, il nous arrive de ne trouver aucun édifice debout et de n'avoir ni un toit, ni une tente, ni une baraque pour abriter ces lits.

Voilà quelques constatations: nous avons essayé de rester sur le seul terrain des faits—nous n'avons ni fardé, ni embelli, ni amoindri la vérité.

"La France a perdu une bataille, elle n'a pas perdu la guerre" disait en 1940 le Général de Gaulle; la France, pouvons-nous dire aujourd'hui, a perdu une bataille dans le domaine démographique, mais elle ne perdra pas non plus la guerre dans ce domaine; sans doute, elle a devant elle de longues années de dur labeur, mais elle saura faire face, victorieusement.

HEALTH CONDITIONS IN FRANCE AFTER FIVE YEARS OF WAR AND ENEMY OCCUPATION (*Summary*)

While one should not be either overpessimistic or overoptimistic, the fact remains that France has really suffered and suffers food and other restrictions and is still undergoing difficulties though in a less spectacular and perhaps less tangible way than for the last four years. In order to protect the health of the French people one of the most important measures to be taken at the present time is the planning of means of defense against disease and famine. Before the war a decrease in death rates due to tuberculosis had occurred: from 225 in 1905 to 125 in 1934. These figures had risen to 141 in 1943. Progress had been noted in the fight against venereal diseases. Before the war new syphilis cases decreased from over 2,400 in 1921 in a certain number of cities to 900 in 1927, to rise to 1,500 in 1930 and decrease to 620 in 1939 and ascend again to 1,500 in 1940 and 1,400 in 1944. General mortality rate for the whole of France was: 1938, 621,417 (155 per 10,000 inhabitants); 1939, 629,425 (155); 1940, 734,550 (182); 1941, 660,279 (174); 1942, 638,298 (168), and 1943, 609,596 (164) (the last figure being incomplete). Infant death rate which for some years was gradually decreasing, from 65 per 1,000 live births, in 1938 to 63 in 1939, suddenly increased to 91 in 1940, dropping again to from 70 to 75 in 1943. In 1944 there was an increase though no definite figures are available. During January and February 1945 the rate increased alarmingly due to many factors such as extreme cold weather with no heat resulting in a high rate of respiratory diseases; meningitis; measles; whooping cough, and being in a generally weakened condition, babies have become naturally vulnerable to all infectious diseases. Another factor has been the irregular and inferior milk supplies shipped under hazardous conditions bringing about serious intestinal diseases, such as dysentery and enteritis.

The total food ration allocated to adults was higher in March 1945 than it was in December 1943, but this increase is composed mostly of glucides, lipids, and vegetable proteins. Animal protein rations have not changed and amount to only $\frac{1}{7}$ in weight as compared to vegetable proteins instead of representing 65% of the total ration. The total ration for adolescents has been increased by $\frac{1}{7}$ of the total ration, mostly by glucides and a little by lipids, but the total protein ration remains unbalanced as the animal protein ration was reduced in March 1945 by $\frac{1}{3}$ as compared to December 1943 and represents a little more than $\frac{1}{3}$ in weight of the vegetable protein ration. This deficiency of lipids and more especially of animal proteins is a dangerous condition. A report by Professor Richet estimated that the general ration average consumed in Paris during 1942 did not exceed 1,500 calories: 960-1,000 calories furnished by the rationing; 200 by the free market and 200 from family garnering and the black market.

In forming an opinion of food conditions of France, the situation should be judged by the restrictions imposed upon hospital patients, the aged in asylums,

and in the homes of the underprivileged, and not by the amount and quality of food served at the finer restaurants and hotels of Paris and Lyons where the cost of one meal is as much as a laborer earns in 15 days of toil. France is asking nothing of anyone, but cannot fail to make known the effective aid received from Ireland, a gift of 100 beds in a hospital; Switzerland, placing at its disposal beds for tubercular patients and food for undernourished children during some months, the United States, the sending of penicillin and other aid through the lend-lease system, England for having aided in clothing French people who otherwise would have gone naked, and the U. S. S. R. the aid rendered liberated prisoners of war on the far Eastern front. Condensed milk, meat, oils and fats are still badly needed and because of transportation difficulties, these important items cannot be brought from the colonies.

In 1940 General de Gaulle said that "France has lost a battle, but it has not lost the war." Today it can be said that she has lost a battle in the field of vital statistics, but she will never lose the war in that field. Without any doubt, many years of arduous labor face her, but she will confront them courageously and will come out victorious.

A medicina militar no Brasil.—Do período colonial não há notícia idônea de organização sistemática do serviço de saúde militar. Pelos poucos documentos que se lhe referem, sabe-se de um serviço rudimentar, mantido longamente nos regimentos ou batalhões da época, apurando-se, entretanto, que já em 1763 havia na Côrte um hospital militar que, alguns anos depois, foi instalado num antigo colégio de Jesuitas no Morro do Castelo. Posteriormente, à feição dêsse primeiro hospital do Exército, foram estabelecidos hospitais gerais em algumas Províncias. Um fato, porém, é digno de nota, em face dos conhecimentos médicos da época: a criação, em 1805, de uma Escola anatômica-cirúrgica e médica anexa ao Hospital Militar do Morro do Castelo. Essa Escola foi a primeira-instância de um organismo didático cuja maturidade é hoje a Faculdade Nacional de Medicina. Os primeiros anos do Brasil independente não foram pródigos para a medicina militar. Ao contrário, algumas conquistas anteriores foram revogadas, com a extinção dos hospitais gerais e até mesmo do Hospital da Côrte. Só depois de 1840 essa mentalidade começou a se modificar, tendo sido, por Decreto de 25 de novembro de 1844, restabelecido o antigo Hospital Militar do Morro do Castelo. Em 1849, afinal, foi decretada a primeira organização regular do Serviço de Saúde do Exército, modificada, melhorada e especialmente regulamentada em 7 de março de 1857, pelo Marquês de Caxias, então Ministro da Guerra. Ainda assim, entretanto, eram grandes as falhas da organização, notadamente no tocante ao material sanitário, como bem evidenciou o doloroso período da guerra com o Paraguai. O advento da República no Brasil trouxe vida nova para o Serviço de Saúde do Exército que, por um Decreto de 22 de março de 1890, além da normalização dos seus quadros, teve a criação de seu Hospital Central e de muitos outros Hospitais Militares localizados em diferentes pontos do território nacional.—FLORÊNCIO DE ABREU: *Anais Hosp. Cent. Exército*, 15, mço. 22, 1945.

Grupos sanguíneos en Pascua.—En un estudio de 22 personas de la población nativa de la isla de Pascua, Chile, Luis Sandoval y Ottmar Wilhelm (Bol. Soc. Biol. Concepción, 11, dbre. 1945) encontraron 10 del tipo A, y 12 del grupo O. Los subgrupos se estudiaron en 12, encontrándose 8 del tipo MW; 3 del N; y uno del M. El factor Rh resultó negativo en cuatro y positivo en 8.