

Wir haben für Sie gelesen – Nous avons lu pour vous

Augmentation inquiétante des décès par cancer du poumon. *Un rapport statistique de l'OMS révèle qu'ils ont doublé en dix ans.* Communiqué OMS/30, 6 septembre 1965.

Une saisissante augmentation du nombre des décès par cancer du poumon en Europe et en Amérique du Nord au cours des dix dernières années, telle est la constatation à laquelle aboutit une étude récemment entreprise par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹.

Dans bon nombre de pays européens, le chiffre des décès par tumeurs malignes des bronches, de la trachée et du poumon a plus que doublé de 1952 à 1962. Au Canada, la mortalité a augmenté de 55% et aux Etats-Unis de 60%.

Autre détail frappant souligné par l'OMS: la mortalité masculine est 6 fois plus élevée que la mortalité féminine, et l'écart devient encore plus considérable avec l'âge.

Les taux les plus élevés enregistrés dans 39 pays du monde sont ceux des *hommes* à Berlin-Ouest: 111 morts pour 100 000; on trouve ensuite les taux de mortalité masculine suivants: Ecosse 95, Angleterre et Pays de Galles 89,5, Autriche 75,5, Tchécoslovaquie 61,3. En ce qui concerne les Etats-Unis, le taux est nettement inférieur: 39,9.

Les hommes principales victimes

Les taux moyens sont calculés sur une vie *entière*. Mais lorsqu'on prend le groupe d'âge où la mortalité par cancer du poumon est la plus forte, c'est-à-dire les hommes de 65 à 74 ans, la statistique est encore plus impressionnante: pour ce groupe d'âge, c'est l'Ecosse qui vient en tête, où le taux passe à 529 pour 100 000. Viennent ensuite Angleterre et Pays de Galles 470, Berlin-Ouest 464, et Finlande 434. Aux Etats-Unis, ce chiffre tombe à 246.

Pour les *femmes*, les taux moyens de mortalité sont très nettement inférieurs. Alors qu'à Berlin-Ouest les hommes accusent un taux de 111 pour 100 000, ce chiffre tombe pour les femmes à 14,6, en Ecosse à 14,7, en Angleterre et au Pays de Galles à 14,6, en Autriche à 11, en Tchécoslovaquie à 7,8 et aux Etats-Unis à peu près à 7.

Cigarettes ou pollution atmosphérique?

Compte tenu de l'évidence qu'hommes et femmes respirent la même atmosphère, mais que les hommes sont de plus grands fumeurs, deux théories principales s'affrontent pour expliquer l'augmentation du cancer du poumon: l'une l'attribue à la cigarette, l'autre à la pollution atmosphérique. Les statistiques de l'OMS tendraient donc à étayer les arguments en faveur de la première.

Cancer du larynx

La même étude de l'OMS porte sur la mortalité par tumeur maligne du larynx. Pendant la même période, celle-ci est restée stationnaire et à un niveau assez bas (environ 1% de tous les décès par cancer, contre 13% pour le cancer du poumon).

Là encore on trouve de grandes différences entre les pays. Si le taux moyen pour l'ensemble de ces décès est d'environ 2 pour 100 000, la France vient en tête avec 6,6 pour 100 000 (avec un taux de 12,7 pour les hommes) suivie de l'Espagne avec 3,9.

Les taux de mortalité par cancer du larynx dans le reste de l'Europe sont moins élevés, tombant même à 0,5 et 0,4 par 100 000 en Suède et en Norvège.

Une fois de plus, différence manifeste entre la mortalité masculine et féminine, les taux pour les hommes étant 8 fois plus forts.

¹ Rapport Épidémiologique et Démographique, Vol. 18, No 7, 1965.

*Tumeur maligne des bronches, de la trachée et du poumon («Cancer du poumon»)
Taux de mortalité par 100 000 personnes (dernière année disponible)*

		Tous âges		Groupe d'âge de 65 à 74 ans
Autriche	1963	total	41,1	182,0
		masc.	75,5	406,7
		fém.	11,0	37,2
Belgique	1962	total	33,2	132,0
		masc.	60,1	275,0
		fém.	7,4	23,5
Tchécoslovaquie	1962	total	33,9	186,8
		masc.	61,3	402,9
		fém.	7,8	36,7
Danemark	1962	total	25,3	127,3
		masc.	41,8	218,7
		fém.	9,1	49,2
Finlande	1962	total	30,1	180,6
		masc.	57,7	434,2
		fém.	4,5	18,9
France	1962	total	17,9	74,1
		masc.	30,4	156,4
		fém.	6,1	20,9
Allemagne, Rép. Fédérale	1962	total	28,3	128,7
		masc.	51,0	278,3
		fém.	7,8	30,4
Berlin Ouest	1962	total	55,6	182,4
		masc.	111,0	464,4
		fém.	14,6	40,3
Grèce	1962	total	17,5	105,8
		masc.	30,1	206,4
		fém.	5,6	27,5
Hongrie	1962	total	23,0	117,2
		masc.	36,7	215,8
		fém.	10,1	45,9
Irlande	1962	total	22,6	102,7
		masc.	35,0	167,7
		fém.	10,1	41,5
Italie	1962	total	16,4	71,9
		masc.	27,9	137,0
		fém.	5,4	23,8
Pays-Bas	1963	total	30,6	178,3
		masc.	56,9	361,6
		fém.	4,6	19,9
Norvège	1962	total	10,3	43,6
		masc.	16,4	80,6
		fém.	4,1	11,9
Pologne	1962	total	10,9	65,5
		masc.	18,0	133,7
		fém.	4,3	23,6
Portugal	1963	total	6,4	40,8
		masc.	10,2	76,4
		fém.	3,0	15,7

		Tous âges		Groupe d'âge de 65 à 74 ans
Espagne	1961	total	10,9	65,8
		masc.	17,9	125,7
		fém.	4,3	20,8
Suède	1962	total	14,9	66,4
		masc.	23,4	114,3
		fém.	6,5	25,1
Suisse	1962	total	21,4	99,8
		masc.	39,4	210,4
		fém.	3,9	16,5
Royaume-Uni: Angleterre et Pays de Galles	1962	total	51,0	219,1
		masc.	89,5	469,7
		fém.	14,6	48,2
Irlande du Nord	1963	total	28,6	136,7
		masc.	50,2	273,8
		fém.	8,1	33,2
Ecosse	1962	total	53,3	239,3
		masc.	95,0	528,6
		fém.	14,7	49,4
<i>Océanie</i> Australie	1962	total	18,9	115,9
		masc.	32,8	230,5
		fém.	4,8	25,2
Nouvelle-Zélande	1962	total	20,1	139,0
		masc.	35,0	282,5
		fém.	5,1	26,0
<i>Amérique</i> Canada	1963	total	17,2	113,1
		masc.	29,7	209,2
		fém.	4,5	23,0
Etats-Unis	1963	total	23,1	126,9
		masc.	39,9	245,7
		fém.	6,9	28,0

L'homme dans la grande ville. Communiqué OMS/11, 31 mars 1966.

«Face à la croissance explosive des cités, la santé, particulièrement la santé mentale, est menacée et la tâche des services sanitaires en est accrue. Il faut donc créer un milieu plus favorable à l'épanouissement de l'homme dans la cité d'aujourd'hui – et dans celle de demain.»

C'est ce que déclare le Dr M. G. Candau, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), dans un message publié aujourd'hui à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé.

Célébrée le 7 avril, la Journée mondiale de la Santé, qui marque l'anniversaire de la fondation de l'OMS en 1948, a pour thème cette année: «L'homme dans la grande ville». Elle se propose d'attirer l'attention sur les immenses problèmes de santé posés par l'accélération foudroyante de l'urbanisation.

Misère et laideur

«Partout la croissance des villes s'accompagne de misère et de laideur», constate le Directeur général de l'OMS. «Le tiers de la population urbaine du monde habite dans des taudis

ou dans des bidonvilles, dans l'ignorance de ce que pourrait être l'hygiène. Et là même où les exigences matérielles les plus élémentaires sont respectées, la santé du citoyen est en danger. La ville attire les gens de la campagne, et puis les prive d'air pur, de soleil, d'espace, de verdure, mais non de bruit. C'est un afflux de personnes totalement étrangères à la vie citadine, dont les habitudes solidement ancrées vont être soudainement rompues.»

Les agressions de la ville

« Le travail est autre; les loisirs sont différents. Comment le nouveau venu parviendra-t-il à s'adapter sans cassure à la vie forcenée de la cité, à lutter contre toutes ses agressions? L'apparition de névroses et d'affections psychosomatiques ne peut-elle légitimement être associée à l'agitation, au rythme strident, à la fièvre des villes? »

« En contrepartie de la splendeur de la ville moderne, de la variété des emplois qu'elle offre, de la profusion de ses moyens d'enseignement, de ses activités culturelles... voici la délinquance juvénile, le crime, la prostitution, l'alcoolisme, l'abus des médicaments. »

Et le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé de conclure :

« Les responsables de la santé publique ont assurément un rôle essentiel à jouer dans la solution de ces problèmes. Certes, il reste encore bien des lacunes dans la connaissance de leur mécanisme. Nous croyons cependant que beaucoup peut être fait – par les gouvernements, par les municipalités et les groupements professionnels, par les citoyens eux-mêmes – pour que chacun trouve dans la ville une existence meilleure. »

La grande ville. Faits et chiffres

La cité idéale de l'antiquité ne devait pas dépasser 5000 citoyens.

En cent ans, tandis que la population du monde doublait, la population urbaine, elle, augmentait de dix à onze fois.

Aujourd'hui, 1 homme sur 3 habite la ville, et 1 sur 8 s'abrite dans un bidonville.

On constate que lorsque les $\frac{4}{5}$ de la population d'un pays se trouvent concentrés dans les villes, le point de saturation est atteint et l'exode des campagnards s'arrête.

L'urbanisation amène une diminution de la fécondité. L'Europe, où l'urbanisation est la plus forte, a la natalité la plus basse du monde : 19 pour 1000, contre 42 en Asie et 46 en Afrique.

Plus l'industrialisation est tardive, plus l'urbanisation est massive. En URSS, entre 1926 et 1939, 23 millions de personnes ont passé de la campagne à la ville, et il a fallu construire plus de 900 villes nouvelles pour les recevoir.

C'est en Amérique Latine que l'augmentation urbaine est la plus stupéfiante.

En 20 ans, Sao Paulo a triplé sa population, Santiago du Chili l'a presque doublée, Lima l'a triplée et Caracas l'a quintuplée. L'Asie d'ailleurs suit de près et Karachi en 10 ans a doublé sa population.

La table de multiplication africaine est différente, car il y a des échanges perpétuels de population entre la ville et la campagne. Mais la ville gagne toujours et grandit, et on estime à 44 millions le nombre d'Africains urbanisés.

Dans les pays industrialisés, Paris bat tous les records de l'entassement avec 32 300 habitants au km² contre 16 000 à Tokio, 13 200 à New York, 10 300 à Londres et 3500 à Berlin.

Dans les villes, la pollution atmosphérique réduit de 30 à 40% l'irradiation solaire et surtout l'effet bénéfique des rayons ultra-violet.

Dans 75 pays, un tiers seulement des citoyens ont un poste d'eau dans leur habitation ou leur cour. Un autre tiers a un accès facile à une fontaine publique. Les autres prennent leur eau où ils peuvent : puits, cours d'eau, rigoles.

Le bruit, torture principale de la ville, provient surtout de l'automobile. Il ne devrait pas dépasser de jour 35 décibels et de nuit 30 décibels à l'intérieur des maisons. Or, même dans les quartiers calmes, le bruit atteint 50 décibels la nuit.

La cité idéale d'aujourd'hui devrait avoir de 50 à 75 000 citoyens. Les nouvelles cités satellites de Londres sont bâties sur le principe des unités de voisinage de 6 à 7000 personnes, qui restent ainsi à l'échelle humaine.

La pollution s'accroît si vite que les villes ont désormais besoin de gigantesques «fabriques d'eau» où l'eau la plus sale est rendue potable.

Les architectes visionnaires nous promettent la cité idéale de l'avenir: spatiale, mobile et périssable. Des centres de recherche pour un habitat du XXIème siècle devraient être créés dès maintenant, pour éviter les erreurs qui étouffent les villes d'aujourd'hui. Les urbanistes disent: «A quoi sert de conquérir les planètes avant d'avoir la terre habitable?»

La Protection de la Santé des Etudiants. Communiqué de Presse EURO/247. Copenhague, 8 avril 1966.

Tous les matins, partout dans le monde, les portes des universités livrent passage à des millions d'étudiants qui, les cours terminés, gais et apparemment libres de tout souci, se déversent dans la rue en groupes compacts et bruyants.

Ces jeunes gens sont loin d'avoir tous des ressources matérielles susceptibles de leur assurer des repas convenables et réguliers. Ils ne prêtent pas toujours à leur santé l'attention voulue. Ce n'est que lorsque surviennent les premiers troubles, physiques ou mentaux, qu'ils se rendent compte qu'il aurait mieux valu prévenir que guérir.

Le besoin urgent d'organiser des services de santé universitaire dans le cadre du programme général de santé publique a déterminé le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe à réunir un Symposium sur les Services de Santé universitaire à Cracovie (Pologne) du 15 au 20 avril 1966.

Le Dr Paul van de Calseyde, Directeur régional, assistera à cette réunion, auprès de laquelle le Dr Donald Buckle, Fonctionnaire régional pour la santé mentale, assumera les fonctions de Secrétaire. Des participants sont attendus de 16 pays¹.

Un problème particulier

Assurément, la protection de la santé de l'étudiant est un problème particulier, semblable à ceux posés en médecine du travail. Lorsqu'ils entrent à l'université, les jeunes gens se trouvent tout à coup placés devant une situation nouvelle: ils ne peuvent plus s'appuyer autant sur leur famille, et ils se sentent d'avantage responsables de leur propre destinée. La brusque transition d'une situation biologique et sociale à une autre, à laquelle le poids des études vient ajouter ses effets, est de nature à engendrer des troubles qui sont en relation directe avec ces facteurs, et qui découlent d'un complexe d'éléments d'ordre physique, mental et social, faisant partie de la trame de leur vie universitaire et pré-universitaire.

Le nombre croissant d'universités et d'étudiants, ainsi que les échanges de plus en plus nombreux d'étudiants entre pays, posent aux services de santé de nouveaux problèmes médicaux et sociaux en ce qui concerne la prévention des maladies professionnelles, mentales, infectieuses et autres.

Les besoins créés en matière de médecine du travail par la vie estudiantine tiennent à trois raisons principales:

a) les maladies ordinaires ont presque toujours des répercussions sur les études, surtout si elles surviennent au moment des examens;

b) la nature des activités des étudiants, non seulement les rend sujets à l'anxiété permanente et à d'autres troubles psychiatriques, mais encore accroît chez eux la vulnérabilité aux crises psychologiques que traversent parfois les adolescents et qui peuvent amener dans des études ou dans une carrière un bouleversement plus profond que dans un emploi ordinaire;

c) les conditions dans lesquelles vivent les étudiants – surtout s'ils sont loin de leur famille et vont d'une chambre meublée à une autre – ne leur permettent pas de se rendre chez le même médecin pendant toute la durée de leurs études.

Ces besoins spéciaux justifient la création de services de santé universitaire.

¹ Autriche, Belgique, Bulgarie, Espagne, France, Irlande, Italie, Pays-Bas, Pologne, République fédérale d'Allemagne, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Turquie, Tchécoslovaquie et Yougoslavie.

Education sanitaire

Les contacts individuels qu'un service de santé universitaire est à même d'avoir avec ceux dont il a la charge lui donnent une occasion unique de promouvoir l'éducation sanitaire, et celle-ci doit être une de ses principales fonctions. Une grande partie de l'utilité des examens médicaux courants dépend de la discussion générale des problèmes de santé personnels dont ils offrent la possibilité. Ces conversations peuvent permettre de dissiper les vives inquiétudes ressenties à l'endroit des questions sexuelles et d'autres fonctions naturelles, et aider puissamment à promouvoir la médecine préventive. De plus, un service de santé universitaire se trouvera en mesure de fournir aux chercheurs des données pertinentes dans nombre de domaines, notamment la physiologie du travail et de la fatigue.

Principes généraux

Sans aucun doute, la protection de la santé de l'étudiant est en premier lieu fonction de la politique sanitaire générale. De même qu'on ne peut s'attendre à ce qu'une coupe de vêtements unique convienne à tous les individus, de même on ne saurait recommander un système unique d'organisation de services de santé universitaire. Chaque pays a son propre ordre social et l'organisation de services de santé qui y correspond, ses propres ressources médicales et financières, ses propres possibilités en matière de soins médicaux et ses propres pratiques et traditions.

Quoi qu'il en soit, de grands avantages s'attachent dans tous les cas à l'échange d'expérience entre pays, à l'élaboration de principes généraux et, par-dessus tout, à l'adoption d'un système visant, selon l'expression reçue, à «protéger la santé des individus sains», c'est-à-dire à prévenir la morbidité parmi les étudiants.

Das Raumklima in radiator- und deckenbeheizten Räumen. Von W. Frank. Gesundheits-Ingenieur 85, Heft 9, 270-274 (1964).

Deckenheizungen haben bei uns vielfach den Ruf, das Wohlbefinden zu beeinträchtigen. Dabei glauben viele Personen, daß die Wärmeeinstrahlung von oben ungünstig sei und zu Kopfschmerzen führe. Demgegenüber sehen die Heizungsfachleute in der Deckenheizung viele technische und architektonische Vorteile und glauben eher an physiologische Vorteile als Nachteile. Es ist deshalb sehr verdienstvoll, wenn das Institut für Technische Physik der Fraunhofer-Gesellschaft Stuttgart eine systematische Untersuchung über die wirklichen Verhältnisse in einem Raum mit Deckenheizung ausgeführt hat. Über die Ergebnisse dieser Untersuchung soll hier kurz berichtet werden:

Untersucht wurden zwei baulich völlig gleichartige Wohnräume von 20,2 m² Fläche und 2,5 m lichter Höhe. Beide hatten eine witterungsabhängige Heizung; der eine Raum war mit einer Decken-Hohlraum-Strahlungsheizung (System Aktinotherm), der andere mit einer Radiatorenheizung unter dem Fenster versehen.

Aus den raumklimatischen Meßwerten seien hier folgende festgehalten:

	Radiator- heizung	Decken- heizung
Raumlufttemperatur (1,50 m Höhe)	22,7 °	21,4 °
Temperatur der Umschließungsflächen (inkl. Heiz- und Fensterflächen)	19,5 °	20,7 °
Empfundene Temperatur (berechnet).	21,1 °	21,1 °
Mittlere Deckentemperatur	21,2 °	24,9 °
Fenstertemperatur	16,0 °	14,5 °
Außenwandtemperatur	18,3 °	17,5 °
Relative Feuchtigkeit	25%	27%

Ferner zeigten die vertikalen Temperaturgradienten bei der Radiatorheizung größere Unterschiede ($4,3^\circ$) als bei der Deckenheizung ($2,4^\circ$).

Zusätzliche Messungen der Verteilung der Strahlungstemperaturen mit richtungsempfindlichen Globus-Thermometern ließen weitere Unterschiede erkennen: Die Temperaturdifferenzen zwischen Minima und Maxima waren an den Wänden bei der Radiatorheizung größer als bei der Deckenheizung.

Aus den Meßwerten des Frigorimeters wurde die theoretische Abkühlungsgröße des menschlichen Körpers für jeden der beiden Räume berechnet. Die Berechnungen ergaben folgende Werte:

	Radiator- heizung	Decken- heizung
Abkühlungsgröße (kcal/m ² /h)	128	134
Kalorische Oberflächenbelastung des ganzen Körpers (kcal/m ² /h)	45	47
Kalorische Oberflächenbelastung des Kopfes (kcal/m ² /h)	99	104

Aus der Untersuchung kann man den Schluß ziehen, daß das Raumklima in beiden Räumen sehr ähnlich ist. Die einzigen Unterschiede wurden in den Temperaturgradienten der Raumluft und in den Verteilungen der Strahlungstemperaturen festgestellt. Der Autor ist der Auffassung, daß im deckenbeheizten Raum die Temperaturverhältnisse den Behaglichkeitsanforderungen besser genügen, da die Temperaturverteilungen in der Luft und an den Wänden ausgeglichener seien.

Prof. Dr. med. *E. Grandjean*, ETH Zürich

Is humidity important in the temperature comfort range? Von *K. W. Koch*, *B. H. Jennings* und *C. M. Humphreys*. *Ashrae Journal* 66, 63–68 (1960).

In früheren Untersuchungen hatten Yaglou und Mitarbeiter die Abhängigkeit der Behaglichkeit von Temperatur und relativer Feuchtigkeit in kurzdauernden Versuchen geprüft.

In der vorliegenden Arbeit haben die Autoren die gleiche Frage erneut, aber *nach einem Aufenthalt in Testräumen von 3 Stunden Dauer* untersucht. Im Gegensatz zu den früheren Ergebnissen zeigten diese längerdauernden Versuche, daß die relative Feuchtigkeit im Bereich der optimalen Raumtemperaturen das Temperaturgefühl kaum verändert. Die optimalen Bedingungen wurden gefunden auf einer Geraden zwischen

24,8 °C bei 30% rel. Feuchtigkeit, und

24,2 °C bei 85% rel. Feuchtigkeit.

Die Resultate bedeuten, daß bei sitzender Arbeit im Bereich der behaglichen Temperaturen die üblichen Schwankungen der rel. Feuchtigkeit von 30 bis 40% keinerlei Einfluß auf das Temperaturgefühl von Personen haben, die längere Zeit in einem Raume sind.

Prof. Dr. med. *E. Grandjean*, ETH, Zürich

Mesures rigoureuses contre les sédatifs et stimulants. Recommandations d'un Comité d'Experts de l'OMS. Communiqué OMS/34, 1er novembre 1965.

L'abus de médicaments sédatifs ou stimulants – barbituriques, amphétamines et autres – est si répandu à l'heure actuelle qu'il prend les proportions d'une véritable épidémie dans certains pays, surtout chez les jeunes gens. Il est donc urgent de soumettre ces produits à

une législation rigoureuse semblable à celle qui frappe les stupéfiants classiques, opium, morphine, etc.

Telle est la recommandation d'un Comité d'Experts de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dont le rapport est publié aujourd'hui à Genève¹.

Le Comité d'Experts des Drogues engendrant la Dépendance énumère les six mesures qui permettront de soumettre ces substances à un contrôle efficace sur le plan national. Le régime proposé par les experts de l'OMS diffère du contrôle des stupéfiants sur un seul point : il ne prévoit pas de compte à rendre à un organisme international.

Voici ces mesures :

1. délivrance uniquement sur ordonnance médicale;
2. obligation de consigner sur des registres toutes les transactions, du stade de la production à celui de la vente au détail;
3. production exclusivement sous licence;
4. commerce limité à des personnes autorisées;
5. détention interdite à toute personne non autorisée;
6. institution d'un système d'autorisation pour les importations et les exportations.

Le régime recommandé par les experts de l'OMS tendrait à rendre plus efficaces les efforts des autorités qui sont battus en brèche par l'absence d'un contrôle des entrées et sorties de drogues de la catégorie en cause à travers les frontières.

Plusieurs centaines de produits pharmaceutiques en vente libre à l'heure actuelle tomberaient sous le coup des recommandations du Comité si ces dernières entraient en vigueur dans les 124 pays membres de l'OMS.

Il est également nécessaire, dit le Comité, d'exercer une surveillance constante à l'égard de nouveaux médicaments sédatifs ou stimulants qui apparaissent sur le marché et qui sont susceptibles d'engendrer la dépendance.

Qu'est-ce que la « dépendance » ?

Connu précédemment sous le nom de Comité OMS d'Experts des Drogues engendrant la Toxicomanie, ce Comité a décidé de changer de nom, car il estime qu'il est impossible de conserver une seule définition pour toutes les formes de toxicomanie ou d'accoutumance. Un élément qui leur est commun à toutes, ainsi qu'à l'abus des drogues en général, est un état de *dépendance*, qu'il soit psychique ou physique, à l'égard d'un produit chimique. On évitera donc les malentendus, d'après les experts, en utilisant le terme « dépendance » dont on précisera le type suivant le produit en cause – dépendance de type morphinique, dépendance de type barbiturique, etc. C'est ainsi que ce groupe est désormais connu sous le nom de Comité d'Experts OMS des Drogues engendrant la Dépendance.

Une étude de l'OMS cherche à préciser les causes de la maladie coronarienne. Communiqué OMS/35, 8 décembre 1965.

Une étude internationale entreprise en 1963 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) commence à livrer des renseignements inédits sur l'histoire naturelle de l'athérosclérose, cause principale des décès en Europe et en Amérique du Nord. Une amélioration du diagnostic de cette maladie pourrait en résulter.

Cette étude fait l'objet d'un article dans le numéro de décembre de la Chronique de l'OMS. L'athérosclérose, maladie des artères caractérisée par des lésions avec dépôt de plaques jaunâtres (le nom vient du mot grec *athera*, « bouillie »), est dans la plupart des cas la cause sous-jacente de la maladie des artères coronariennes nourricières du cœur. Leur rétrécissement ou leur obstruction dans l'athérosclérose prive le cœur de l'afflux sanguin nécessaire.

¹ Série de Rapports techniques, No 312.

L'un des grands problèmes posés par cette maladie est qu'elle est difficile à diagnostiquer à un stade précoce. Trop souvent, la mort subite d'un homme apparemment bien portant et dans la force de l'âge est le premier signe d'une grave athérose des coronaires.

On a l'âge de ses artères

On sait toutefois que l'athérosclérose fait son apparition dès l'enfance, car on trouve des lésions caractéristiques dans les artères de sujets très jeunes.

Il a été impossible jusqu'ici d'étudier l'évolution, l'histoire naturelle de cette affection dès son apparition dans l'enfance et jusqu'à la vieillesse, car le diagnostic de l'athérosclérose durant la vie présente de grandes difficultés. Le diagnostic post-mortem est comparativement aisé, mais, pour que les autopsies soient utiles, il faut qu'elles portent sur une grande proportion des décès, y compris les décès survenus à domicile, dans une région démographiquement bien connue et disposant de services sanitaires perfectionnés.

Ces conditions se sont trouvées réunies pour l'étude de l'OMS en Suède, en Tchécoslovaquie et en URSS où un groupe d'anatomo-pathologistes a réussi à surmonter toutes les difficultés et à atteindre un pourcentage d'autopsies de 80 ou plus.

L'étude représente donc la première investigation rigoureusement contrôlée de l'athérosclérose tout au long de son évolution, du stade le plus précoce au stade terminal.

13 500 autopsies

Depuis janvier 1963, des spécimens anatomiques de l'aorte et des artères coronaires ont été prélevés lors de l'autopsie de quelque 13 500 sujets de tous âges à partir de 10 ans. Une fiche donne les détails nécessaires sur l'histoire du sujet: sexe, âge, profession, poids, constatations cliniques et anatomiques. Tous les spécimens ont été classés suivant la nature et l'importance des lésions, en vue d'étudier les relations entre un type d'athérosclérose et un autre, dans la même artère et dans différentes artères, en tenant compte de tous les facteurs connus sur chaque individu.

Les définitions et les méthodes utilisées au cours de cette étude sont semblables à celles qui ont été élaborées par le groupe du Projet international sur l'athérosclérose qui se déroule aux Etats-Unis et en Amérique centrale. Une étroite collaboration s'est établie avec ce groupe qui fut aussi le premier à utiliser la technique de conservation des préparations anatomiques dans des sacs en plastique. Cette technique offre un grand intérêt car les préparations se conservent et peuvent être transportées et réexaminées indéfiniment, ce qui a permis à l'OMS de réunir une collection unique de matériel d'autopsie.

L'étude des populations vivantes

La phase suivante de l'étude de l'OMS, phase qui sera la plus importante, consistera premièrement à établir un lien entre les études anatomo-pathologiques et l'étude de la population vivante des régions où ont été faites les autopsies et secondement à comparer les observations sur les vivants avec les résultats d'autopsie.

Cette phase a déjà commencé dans un district de Prague où quelque 2800 hommes au total sont actuellement examinés d'une manière approfondie au cours d'une étude pilote. Les renseignements recueillis aujourd'hui seront comparés avec les résultats de l'autopsie.

En associant ces études cliniques et morphologiques, on espère déterminer les causes de l'athérosclérose, de l'infarctus du myocarde et de l'infarctissement cérébral et, par la suite, mettre au point des méthodes de diagnostic et de traitement précoces de ces maladies.