

a 62054



16 octobre 1961

ORIGINAL : ANGLAIS

SUPPLEMENT AU DOCUMENT WHO/Mal/316

Table des matières

	<u>Page</u>
1. L'éradication du paludisme au Pakistan	2
2. Le projet de sel médicamenteux en Guyane britannique	3
3. Les effets du paludisme sur l'enfant d'âge préscolaire en Afrique.	10
4. Les dangers possibles de réintroduction du paludisme	14

1. L'ERADICATION DU PALUDISME AU PAKISTAN

En juillet 1961, le Gouvernement du Pakistan a signé le plan opérationnel d'un programme d'éradication du paludisme applicable à l'ensemble du pays englobant une population de 90 millions d'habitants.

Il paraît opportun de résumer ici l'allocution prononcée par le Colonel M. K. Afridi, Vice-Chancelier de l'Université de Peshawar, à l'occasion d'un symposium sur le paludisme tenu à Delhi au début de l'année. Cette allocution a été publiée dans le numéro de juin 1961 du National Malaria Eradication News of India.

Le Colonel Afridi a déclaré qu'un grand nombre des recherches parasitologiques et entomologiques de base exécutées au Pakistan l'ont été par le personnel du Malaria Institute of India dans la première moitié du siècle et que la plupart des problèmes à résoudre à ce moment-là sont restés les mêmes. Sur toute la plaine de l'Indo-Gange, les enquêtes avaient démontré le caractère uniforme du paludisme et le rôle de A. culicifacies comme vecteur principal. Dans la région de Quetta (Pakistan occidental), c'est A. superpictus qui est le vecteur mais il ne semble pas s'être déplacé à l'est de l'Indus. Bien que A. stephensi et A. fluviatilis se trouvent dans de nombreuses régions du Pakistan occidental, des milliers de dissections de spécimens de ces deux espèces n'ont pas décelé un seul moustique positif. Dans le Pakistan oriental, les vecteurs sont plus variés, les vecteurs avérés étant A. minimus, dans la zone des basses terres, A. philippinensis, dans les plaines, et A. sundaicus dans la zone côtière.

Quant à la saison de transmission du paludisme, le Colonel Afridi a souligné quelle saison varie, du nord au sud, selon le climat et que l'époque des aspersions doit être choisie compte tenu de ces circonstances climatiques. Dans le Punjab, le DDT ne reste efficace que de 6 semaines à 2 mois sur le pisé des habitations; il faut donc prendre le plus grand soin de faire coïncider les opérations d'aspersion avec la saison du paludisme à son maximum. Par contre, dans le Bengale oriental, l'efficacité des applications à raison de 2 mg de DDT par mètre carré semble persister pendant 12 mois entiers.

Le programme d'éradication du paludisme au Pakistan est dirigé par une organisation semi-autonome, le Central Malaria Eradication Board, instituée par une ordonnance en juin 1961. L'ensemble du pays est divisé en 4 régions et 35 zones dans l'ouest, 3 régions et 31 zones dans l'est. La phase d'attaque du programme a commencé dans deux zones de la région de Lahore et dans une zone de la région occidentale (Division de Rajshali) du Pakistan oriental, couvrant une population de 2,5 millions d'habitants. Ces trois zones étant limitrophes de l'Inde, les mesures antimalariques sont profitables aux deux pays. Le maximum d'activité de ces opérations aura lieu en 1969; la fin en est prévue pour 1974.

Le coût estimatif pour les années 1961-1974 est de 520 millions de roupies (environ 110 millions de dollars des Etats-Unis), soit un peu plus de un dollar des Etats-Unis par habitant. Il s'agit là d'une somme importante mais le Colonel Afridi a souligné qu'en moyenne il y a tous les ans au Pakistan 20 millions de cas de paludisme : si l'on considère que 25 % des malades sont des travailleurs pendant 10 jours de travail par an, à un salaire de 2 roupies par jour (tous ces chiffres étant minimums), les pertes annuelles du pays dues au paludisme seul peuvent être estimées à 100 millions de roupies (environ 20 millions de dollars des Etats-Unis). Outre cette perte financière directe, il faut considérer l'incalculable perte d'énergie humaine résultant du grand nombre de sujets faibles et apathiques.

2. LE PROJET DE SEL MEDICAMENTEUX EN GUYANE BRITANNIQUE

La Guyane britannique a inauguré en janvier 1947 une campagne systématique d'aspersion par DDT à action rémanente, si bien qu'au bout de quatre ans le paludisme a été pratiquement éliminé de la zone côtière où habitent 90 % de la population.

Toutefois, des opérations analogues exécutées dans l'arrière-pays montagneux, à population clairsemée, n'ont pas été couronnées d'un égal succès en raison non seulement de l'extrême difficulté rencontrée pour atteindre la totalité des collectivités éparpillées, mais encore du coût élevé des opérations.

Un rapport du Dr G. Giglioli et de M. H. A. van Seventer sur une enquête antipaludique faite dans les savanes de Rupununi précise qu'en 1959-1960 les cas de paludisme ont été plus nombreux que pendant les années précédentes; dans un district peuplé de 6100 habitants, 235 cas confirmés ont été signalés en 1960, y compris 28 cas positifs sur 126 cas cliniques notifiés et 207 cas positifs découverts au cours d'enquêtes systématiques comprenant l'examen de 3797 sujets.

Le succès de la campagne dans la zone côtière a été très facilité par le comportement presque exclusivement anthropophile et endophile de A. darlingi mais, dans le district à population dispersée de Rupununi, A. darlingi n'était pas aussi exclusivement anthropophile que sur la côte; des spécimens ont été en effet découverts dans la forêt où n'existaient que des camps temporaires.

On a considéré que dans la région des savanes se trouvaient réunies des conditions très favorables à la distribution de sel médicamenteux et à la lutte antipaludique par cette méthode, à condition que des mesures également efficaces soient appliquées par les Etats voisins. Les nombreuses écoles très fréquentées éparses dans toute la région fournissaient des centres largement distribués pour le prélèvement systématique d'étalements sanguins et la collecte d'autres données utiles.

Il a donc été décidé de recourir au sel médicamenteux comme mesure antipaludique dans les zones de l'intérieur en Guyane britannique, en vue de protéger une population d'environ 65 000 habitants.

En 1959 et 1960, des recherches ont eu lieu sur la consommation et l'excrétion de sel par la population.

Une liste a été dressée de tous les importateurs, grossistes et détaillants de sel; l'approvisionnement en sel de l'arrière-pays a été étudié. On a trouvé que le sel provenait en grande partie d'un seul producteur; ce fait a simplifié les opérations de mélange et de distribution. En juillet 1960, les autorités de santé publique ont édicté un règlement concernant le mélange du sel avec un médicament antipaludique, la distribution de ce sel et le contrôle des opérations dans certains districts du pays. On trouvera ci-joint à la fin de la présente section le texte de ce règlement, qui pourra aider d'autres pays où l'on envisagerait le recours à du sel médicamenteux (voir pages 6 à 9).

Les objectifs de ce programme ont été expliqués à la population par tous les moyens disponibles - conférences radiophoniques, affiches et tracts. Le Ministère de l'Administration de la Santé et du Travail a officiellement inauguré le programme le 20 janvier 1961.

Les opérations de mélange et de distribution ont été simplifiées dans toute la mesure du possible. On prépare d'abord un mélange contenant du diphosphate de chloroquine, du triphosphate de calcium et du sel de cuisine dans la proportion de 1:1:5. Ce mélange préalable est conservé en sacs de matière plastique par quantités de 4,8 kg. On ajoute le contenu d'un de ces sacs - 4,8 kg (10,56 livres) - au contenu d'un sac de 90,7 kg (200 livres) de sel de cuisine pour obtenir le mélange définitif de 95,5 kg (210,56 livres) à la concentration de 0,716 % de diphosphate de chloroquine ou de 0,43 % de chloroquine base (c'est-à-dire 43 mg de chloroquine base pour 10 g de sel médicamenteux).

Le sel médicamenteux est alors conservé dans des sachets en matière plastique d'une contenance de 2 livres, qui sont hermétiquement fermés et emballés à leur tour dans des boîtes en fibre, fermées par cerclage métallique; ces boîtes contiennent 25 sachets et conviennent aux pays où les marchandises doivent souvent être transportées à dos d'homme.

BRITISH GUIANA

REGULATIONS

Made under

THE PUBLIC HEALTH ORDINANCE

(Chapter 145)

UNDER SECTIONS 48 AND 157 OF THE PUBLIC HEALTH ORDINANCE THE FOLLOWING REGULATIONS HAVE BEEN MADE BY THE CENTRAL BOARD OF HEALTH AND APPROVED BY THE GOVERNOR-IN-COUNCIL:

- | | | |
|----|--|---|
| 1. | These Regulations may be cited as the Public Health (Malaria Eradication) Regulations, 1960. | Short title |
| 2. | In these Regulations, unless the context otherwise requires -
"district" means any administrative district or part thereof as shown in the schedule I to these Regulations.
"master" means person in charge.
"medicated salt" means dry ground salt containing anti-malarial drug prepared under the direction or with the approval of the Director of Medical Services.
"salt" means chloride of sodium or commonsalt.
"vessel" means steamship, motor ship, motor boat, sail boat, row boat, ballahoo, canoe or other floating craft or raft. | Interpretation |
| 3. | It shall be lawful for the Director of Medical Services to cause all dry ground salt intended to be sent or taken to any district to be mixed with anti-malarial drug, and to establish a mixing plant for the processing and packaging of medicated salt. | Mixing of dry ground salt with drug |
| 4. | It shall be the duty of the Officer in Charge of the medicated salt mixing plant -
(i) to process medicated salt according to such formulation as is approved by the Director of Medical Services;
(ii) to package the medicated salt in appropriate plastic or other containers of standard type or types, as are approved by the Director of Medical Services; | Mixing and packaging of medicated salt. |

- (iii) to mark clearly all containers with the amount of salt in them and the official stamp, showing the letters "m.s.", after checking that the quantity, quality and packaging of the medicated salt are in order.

No person shall tamper with seal or mark. 5. No person shall tamper with or break any seal or obliterate, erase or modify any mark on any bag or packet containing medicated salt unless authorised in that respect by or on behalf of the Director of Medical Services.

No salt other than medicated to be taken to district. 6. No salt in any form whatsoever other than ground salt medicated in accordance with the provisions of these Regulations shall be shipped, despatched or taken by any person or carried by the master of any vessel, aircraft or vehicle or otherwise to any district.

Requisition of medicated salt by merchants or other parties. 7. (1) Every merchant, wholesaler, retailer or other person who desires to send or carry any quantity of medicated salt to any district shall make a requisition for the quantity of medicated salt required to the Officer in Charge, Central Medical Stores - Medicated Salt Mixing Plant - Georgetown, and shall deliver in exchange to this officer an equivalent amount of dry ground salt.

Form of Requisition. (2) Every requisition shall be on a form as shown in schedule II to these Regulations and shall state the quantity of medicated salt required, the name and address of the person who ordered the salt, and the place of destination and the mode of transport thereto.

Offence. 8. It shall not be lawful for any person in any district to sell, barter or give free of charge any dry ground salt unless such salt is medicated in accordance with the provisions of these Regulations.

9. The Director of Medical Services shall appoint persons for the enforcement of the provisions of these Regulations to be designated as "Malaria Control Officers".

Malaria Control Officers. 10. It shall be the duty of the Malaria Control Officers to -

- (a) supervise the removal of unmixed dry ground salt to the mixing plant and the return of the medicated salt to the wholesaler, retailer or other person.
- (b) check from time to time the shipment of medicated salt to any district and when necessary examine cargoes and passengers' luggage.
- (c) check records kept by shipping agents, wholesalers, retailers or other persons relating to the shipment, sale, storage or disposal of medicated salt.
- (d) check from time to time the distribution of medicated salt at retail dealers and at unloading points, the transportation of medicated salt by canoes, and boats, and make inquiries into the use of medicated salt in any district.

- (e) take samples for examination or analysis of dry ground salt at shipping or despatch points or at any place of sale or storage of such salt, or at any dwelling-house, or from any consignment of such salt in course of delivery.
- (f) submit a monthly and yearly summary report on the shipment and use of medicated salt in any district.
- (g) enforce generally the provisions of these Regulations.

11. (1) It shall be lawful for any registered medical officer, govern- Powers of
ment dispenser, malaria control officer, or any person authorised by entry.
the Board to enter and inspect any place including any wharf, shipping
centre, bond, store, shop, vessel, aircraft or vehicle, and to examine
therein any medicated or other salt and to check any records kept at
any place in relation to medicated salt for the purpose of enforcing
any of the provisions of these Regulations.

(2) Any person who in any way obstructs such entry, inspection,
examination or checking shall be guilty of an offence under these Regu-
lations.

12. Any person who contravenes any of the provisions of these Regu- Penalty.
lations or who fails, neglects or refuses to do anything which he is
required to do by virtue of any of the provisions of these Regula-
tions or who fails to permit any person to execute any of the
provisions of these Regulations shall be guilty of an offence and
liable to a penalty of fifty dollars.

Made by the Central Board of Health on the Twenty-seventh day of
July 1960.

SCHEDULE I

DISTRICTS:

North West District.

Mazaruni-Potaro District (including Bartica).

Rupununi District.

The Pomeroun Area in the Essequibo District.

SCHEDULE II

REQUISITION

No _____

MALARIA ERADICATION CAMPAIGN - BRITISH GUIANA

NAME OF SUPPLIER

ADDRESS

OFFICER IN CHARGE, CENTRAL MEDICAL STORES
MEDICATED SALT MIXING PLANT
GEORGETOWN

I herewith apply for lbs of medicated ground salt.*
This amount has been ordered by:

Mr/Mrs

Address

An equivalent amount of dry ground salt shall be delivered in exchange.
The medicated salt will be shipped by: * (B.G. Airways Plane.
(Transport & Harbours Dept. Steamer.
(Sloop, boat, etc.

on the 19 to
. at

SIGNATURE

DATE

* Orders should be for 50 lbs or multiples of 50 lbs.
* Strike out words not required and give name of steamer, sloop or boat, etc.

MALARIA ERADICATION CAMPAIGN - BRITISH GUIANA

No _____

Received from the Medical Department

. lbs of medicated salt for shipment to:

Mr/Mrs

Address

by * (B.G. Airways Plane.
(Transport & Harbours Dept. Steamer.
(Sloop, boat, etc. on

SIGNATURE

DATE

* Strike out words not required and give name of steamer, sloop or boat, etc.

EXPLANATORY NOTE

(This is not part of the Regulations, but it is intended to indicate their general purport.)

These Regulations provide for the processing of common salt with an anti-malarial drug and for the distribution of such salt and supervision thereof in certain districts of the colony.

3. LES EFFETS DU PALUDISME SUR L'ENFANT D'AGE PRESCOLAIRE EN AFRIQUE

Un rapport du Dr G. J. Glynn, Conseiller régional en matière d'hygiène maternelle et infantile au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, sur la conférence relative aux maladies infectieuses de l'enfant d'âge préscolaire, tenue sous les auspices du West African Council for Medical Research à Lagos, en janvier 1961, contient les extraits d'un certain nombre de communications traitant des effets du paludisme sur l'enfant d'âge préscolaire.¹

Le Dr H. M. Gilles du University College d'Ibadan a étudié l'évolution de la forme "stable" de paludisme à falciparum chez l'enfant d'âge préscolaire en Gambie. Il a passé en revue les diverses théories avancées pour expliquer la résistance relative des enfants de moins de trois mois à l'infestation paludique. Cette résistance est vraisemblablement due à une immunité passive reçue d'une mère immune. L'auteur trouve que la théorie de l'acide para-amino-benzoïque du lait n'explique pas d'une manière satisfaisante les différences constatées à l'examen de trois groupes d'enfants dont tous étaient nourris au sein. Il semblait cependant exister un rapport entre le taux de disparition de l'hémoglobine foetale et celui d'augmentation des cas de paludisme chez les nourrissons.

C'est entre l'âge de six mois et de trois ans environ que le paludisme inflige ses plus graves dommages, troublant la croissance normale et provoquant une anémie grave. A partir de la troisième année, l'enfant de Gambie entre dans la première phase de l'immunité active acquise, caractérisée par une diminution rapide de la gravité et de la fréquence des manifestations cliniques, en dépit de la persistance d'une parasitémie relativement dense.

Dès le 24ème mois de la vie, les enfants paludiques présentent des concentrations sensiblement plus élevées de gamma globulines sériques que les enfants protégés contre l'infestation par la prophylaxie. Un cas intéressant de jumeaux uni-ovulaires a été signalé : âgés de 5 ans, ils avaient été élevés dans la même

¹ Les procès-verbaux de cette conférence ont été publiés dans le West African Medical Journal, 1961, 10, No 4.

maison par la mère et recevaient une alimentation identique. L'un a reçu un traitement prophylactique antipaludique ininterrompu à partir de la naissance. L'autre n'a été traité que lors de l'apparition des signes cliniques. Ce dernier présentait une hépato-splénomégalie marquée mais, à l'âge de 5 ans, les jumeaux étaient pratiquement identiques par la taille, le poids et l'aspect général.

Une autre communication a été présentée par le Dr I. R. McGregor et ses collègues des Medical Research Council Laboratories de Gambie sur la croissance et la mortalité chez les enfants d'un village de la campagne africaine. Les observations ont été faites dans le village de Keneba (Gambie) où, depuis 1949, l'équipe des laboratoires du MRC étudie la santé des Africains. La plupart des nourrissons sont nourris exclusivement au sein jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois. La première alimentation artificielle est à base de bouillie, en général de riz-mais parfois de millet ou de sorgho. On y ajoute graduellement du poisson et des sauces d'arachides et de salade verte. Une enquête de base effectuée en avril-mai 1950 a pu établir que le paludisme était hyperendémique avec un taux brut de parasites pour tous les âges atteignant 54,7 %. Environ 36 % des villageois étaient porteurs de microfilaires (W. bancrofti) et 33 % de Acanthocheilonema perstans. Deux et demi pour cent de la population étaient atteints de trypanosomiase tandis que l'ankylostomiase et l'ascaridiase étaient très répandues. Les récoltes de céréales étaient en outre fréquemment mauvaises.

Si l'application d'insecticides couplée à l'administration de masse de médicaments antipaludiques à intervalles de 2 à 3 mois pendant la saison humide chaque année n'a pas réussi à éliminer le paludisme, des mesures plus énergiques adoptées par la suite ont eu davantage de succès. De mai 1957 à avril 1958, de la pyriméthamine a été administrée toutes les deux semaines à tous les habitants, mesure qui a pratiquement abouti à l'éradication du paludisme, le taux brut de parasites étant, en avril 1958, inférieur à 1 %. Après avril 1958, l'administration de médicaments antipaludiques a été interrompue, sauf chez 80 sujets. Le taux brut de parasites a augmenté en avril 1959 jusqu'à 34,5 % et, en avril 1960, jusqu'à 37,3 %.

Sur 187 enfants nés vivants dans le village, 81 (soit 43 %) sont morts avant l'âge de 7 ans. Près des deux tiers des décès ont eu lieu pendant la saison humide. Les taux de mortalité précoce étaient élevés, avec un taux de mortalité néo-natale de 64 ‰. Entre les âges de 3 et 9 mois, le taux de mortalité était faible; il augmentait ultérieurement jusqu'à un maximum aigu entre 9 et 15 mois. Il décroissait ensuite brusquement, puis augmentait lentement et progressivement jusqu'à la période comprise entre 2 ans 3/4 et 3 ans 1/4 d'âge. Les taux les plus bas se trouvaient dans la période comprise entre 4 ans 3/4 et 6 ans 3/4.

Les éléments cliniques et de laboratoire ont mis en évidence au cours de cette enquête la transmission active d'un grand nombre de maladies infectieuses et parasitaires sévissant pour la plupart surtout chez les jeunes enfants, de telle sorte que l'enfant doit faire face à l'infection très tôt et, s'il survit, présente un degré élevé d'immunité. Les nouveau-nés, les enfants et les adultes de Gambie présentent des taux de gamma-globulines sériques supérieurs à ceux des Européens. Les caractéristiques du paludisme en Gambie confirmaient une théorie de degrés variables de l'immunité. La forte mortalité infantile au cours de la saison humide correspond à la période maximale des maladies transmises par des insectes. Le paludisme est probablement une cause importante de mortalité chez les nouveau-nés et les tout jeunes enfants à Keneba mais elle n'est certainement pas la seule.

Le Dr C. C. Draper du West African Council for Medical Research a décrit les effets de la lutte antipaludique sur la croissance et sur d'autres aspects de la santé publique dans la région de Taveta-Paré en Afrique orientale de 1954 à 1959. Après une période d'observation de 18 mois consacrée à la réunion de renseignements de base, la lutte antipaludique a été inaugurée vers la fin de 1955 par l'aspersion de toutes les huttes à la dieldrine. Bien que l'on n'ait jamais obtenu un arrêt complet de la transmission, on a pu constater, pendant la période d'observation, une chute brutale des indices parasitaires et d'autres indices classiques du paludisme.

Grâce à des consultations spéciales, on a calculé, pour chaque mois d'âge, la moyenne des gains de poids, ces mesures étant exécutées un an avant et trois ans après le commencement de la lutte antipaludique. Les moyennes ont été calculées à partir de 40 à 100 observations pour chaque mois d'âge. Si les différences bien connues par rapport aux courbes de poids britanniques à partir du sixième mois ont été confirmées, on n'a par contre observé aucune différence significative entre les années avec et sans paludisme.

Une enquête anthropométrique longitudinale a également été effectuée tous les six mois, pendant toute la durée du projet, sur un groupe d'environ 2000 enfants et adultes. Les mesures portaient sur le poids, la taille, la graisse sous-cutanée et d'autres indices somatiques. Aucune répercussion du succès de la lutte antipaludique n'a pu être constatée. Il y avait toutefois une augmentation significative des taux moyens d'hémoglobine dans tous les groupes d'âge, surtout apparente chez les nourrissons et les jeunes enfants. Le taux de gamma-globulines sériques était plus faible chez les enfants non paludéens que chez ceux qui souffraient d'une infestation paludéenne. Les autres constatations positives comprenaient une diminution du nombre d'hépatomégalies, parallèle mais inférieure à la diminution des splénomégalies.

Une enquête statistique démographique a également été effectuée par la visite domiciliaire d'un échantillon d'environ 10 000 sujets, des renseignements supplémentaires rétrospectifs étant obtenus dans les dossiers de maternité. En comparant les années précédant la lutte antipaludique à la dernière année du projet, on a constaté les modifications suivantes : le taux des naissances est passé d'une valeur comprise entre 30 et 40 ‰ à presque 50 ‰. (Il y a lieu de remarquer que le taux de naissance brut ne constitue un indice satisfaisant que si l'on compare des collectivités de composition sensiblement analogue par l'âge, le sexe et le nombre de ménages.) Le taux de mortalité brut est tombé d'une valeur comprise entre 20 et 30 à presque 20. Le taux de mortalité infantile est tombé d'une valeur supérieure à 200, à environ 100. Les modifications de la fertilité et de la mortalité néo-natale et infantile ont été bien mises en évidence par les modifications du taux de fertilité (nombre d'enfants vivants âgés de 0 à 4 ans pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans). Ce taux est passé de 400 à plus de 500.

Les statistiques citées et les données anthropométriques dépendent évidemment de nombreux facteurs autres que la lutte antipaludique. Toutefois, si l'on considère l'obstacle que constitue pour la nutrition toute affection fébrile sous les tropiques, avec les vomissements et l'anorexie qui l'accompagnent, si l'on pense que la multiplication des parasites du paludisme aux dépens des protéines globulaires se répercute également sur la consommation de vitamines par l'organisme, et si l'on observe que chez les animaux atteints de paludisme la consommation de protéines diminue de 50 %, les résultats de l'enquête anthropométrique peuvent, à première vue, sembler décevants. A part l'influence d'autres variables sur les résultats, les techniques d'enquête et les difficultés que l'on rencontre sous les tropiques, dans la poursuite d'enquêtes continues, comptent pour beaucoup. Les difficultés généralement rencontrées sont les suivantes : insuffisance de contrôle du personnel auxiliaire, manque de méthodes normalisées pour relever le poids, difficultés de mesure de la taille des nourrissons, insuffisance de l'évaluation clinique, incertitude des renseignements sur l'âge des sujets, mouvements de populations, problèmes de transport (notamment impraticabilité des routes pendant la saison des pluies) et problèmes de sélection d'échantillons comparables.

4. LES DANGERS POSSIBLES DE REINTRODUCTION DU PALUDISME

Ce qui suit peut présenter un certain intérêt dans les pays qui se trouvent à la phase de consolidation ou d'entretien de l'éradication du paludisme. Bien que les deux événements dont il est question aient été séparés par un laps de temps de 14 années et se soient produits dans des continents différents, ils prouvent que la vigilance ne doit pas se relâcher tant qu'il existe dans le monde des foyers de paludisme.

Dans un article intitulé "Revue épidémiologique annuelle de 1958 concernant la République fédérale allemande et Berlin-Ouest", publié dans le "Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde, Infektionskrankheiten und Hygiene" en 1961, Anders et Meier examinent la possibilité d'une réintroduction du paludisme en Europe septentrionale vers la fin des années 40.

Après la **Deuxième** Guerre mondiale, il y eut un danger de réapparition du paludisme dans la République fédérale allemande et spécialement à Berlin. Une indication de ce danger apparaît au cours des trois premières années dans le tableau suivant qui porte sur douze années : 1947-1958.

Infestations paludiques dans la République fédérale allemande et à Berlin-Ouest de 1947 à 1958 (chiffres absolus)

<u>Année</u>	<u>Nombre d'infestations</u>	<u>Année</u>	<u>Nombre d'infestations</u>
1947	1272	1953	14
1948	2351	1954	16
1949	1600	1955	11
1950	193	1956	12
1951	30	1957	15
1952	23	1958	12

Dans le diagnostic, on ne distingue pas entre cas indigènes et cas de rechute.

La plupart des infestations ont été dues à P. vivax aussi bien parmi les cas indigènes que parmi les rechutes. P. falciparum et P. malariae n'ont été rencontrés que rarement; ils l'ont été surtout dans les cas de rechute. Les porteurs de gamétocytes ont été trouvés parmi les prisonniers de guerre et le personnel des armées d'occupation.

Bien que le moustique vecteur (A. atroparvus) ait été largement répandu dans la région, le paludisme ne s'est pas réinstallé, en dépit de l'importation continue de porteurs de gamétocytes. Comme il existait auparavant une région endémique dans le Emsland, les possibilités d'un danger constant d'une épidémie de paludisme ont été retenues jusqu'en 1950, mais après cette date il ne s'est plus agi d'un problème de santé publique.

En mars 1961, une situation semblable s'est produite dans la province de Taïwan (Chine) qui se trouve à une phase avancée de consolidation. Selon des rapports reçus du Commissioner of Taiwan Provincial Health Administration et du Directeur du Taiwan Provincial Research Institute, il y a eu un afflux d'immigrants en provenance de Birmanie, dont la plupart étaient porteurs de parasites. Sur les premiers 3536 arrivés, 7,5 % ont été trouvés infestés et parmi eux 26 % étaient porteurs de gamétocytes.

Un comité spécial a été constitué et des dispositions ont été prises avant l'arrivée des immigrants pour asperger leurs camps et toutes les habitations dans un rayon de un kilomètre. Des recherches d'anophèles ont été effectuées dans un rayon de deux kilomètres mais aucun A. minimus minimus n'a été trouvé. Ces enquêtes seront poursuivies pendant six mois encore. Tous les centres et postes sanitaires, ainsi que le personnel médical ont été alertés. Une chimiothérapie curative a été projetée pour tous les immigrants.

A ce stade, on a soudain constaté que le pays manquait de comprimés de primaquine pour traiter tous les malades prévus. Par bonheur, le directeur de la Division de l'Eradication du Paludisme de l'OMS, qui se trouvait à ce moment-là à Taïwan, a câblé immédiatement à Genève; dans les vingt-quatre heures, 200 000 comprimés de primaquine ont été expédiés par avion à Taïwan par des firmes pharmaceutiques françaises qui avaient pu faire face à la requête en travaillant nuit et jour.

Ces deux exemples du danger que présente dans un pays l'afflux d'un certain nombre de sujets infestés doivent être gardés présents à l'esprit dans tous les pays où existe un danger possible de paludisme. L'éradication du paludisme n'exige pas l'éradication du vecteur et de semblables situations peuvent se produire dans tous les pays à la période de consolidation ou d'entretien. Il appartient aux autorités de santé publique du service national d'éradication du paludisme de prévoir un plan à exécuter pour y faire face.