

INFORMATION SANITAIRE

Endémicité de la Fièvre Jaune dans l'Afrique Occidentale

La réapparition presque simultanée de cas de fièvre jaune, sans aucun lien entre eux, dans un grand nombre de localités disséminées à travers l'Afrique occidentale, dans des pays où la maladie n'avait point été signalée depuis plusieurs années, ne peut s'expliquer que par la persistance de foyers d'endémie amarile latente dans ces pays en dehors des périodes "épidémiques" au cours desquelles sont touchés surtout les Européens, qui, eux, ne bénéficient pas de la protection conférée par une atteinte antérieure. Les expériences faites au Nigéria et dans la Sierra-Leone en 1929 par Beeuwkes, Bauer et Mahaffy confirment bien cette hypothèse, basée sur l'observation épidémiologique. Les auteurs trouvèrent dans les centres urbains du sud-ouest du Nigéria, Ibadan (250,000 habitants), Ilorin (100,000 habitants), des sujets immunisés vis-à-vis de la fièvre jaune dans la proportion de 32 et de 24 pour-cent, respectivement, immunité très forte puisqu'une injection intrapéritonéale de 5 c c du sérum des sujets protégeait le *Macacus rhesus* contre l'inoculation faite de quatre à six heures plus tard d'un million environ de doses mortelles de virus amaril (sang de singe infecté prélevé au début de la période fébrile). La proportion des sujets immuns serait plus élevée encore si on prenait en considération les cas d'interprétation moins nette, dans lesquels un seul des deux singes ayant eu l'injection de sérum a été protégé contre l'inoculation virulente (18 pour-cent et 36 pour-cent, respectivement, dans les villes susnommées). Ces expériences, basées sur 125 échantillons sériques et 250 singes, montrent bien l'existence de l'endémicité dans ces villes méridionales du Nigéria où l'indice des stégomyia est élevé. Dans la petite ville d'Ife (30,000 habitants), située à une centaine de kilomètres à l'est d'Ibadan, où une épidémie avait sévi l'année précédente (18 cas reconnus), la proportion des enfants dont le sérum a été examiné qui présentaient une réaction d'immunité complète s'élevait à 68 pour-cent. Cette proportion élevée contraste avec le petit nombre des cas de fièvre jaune connus et confirme par conséquent l'existence d'une quantité de cas d'infections bénignes, avec peu ou pas de symptômes chez les enfants surtout, cas qui restent inconnus mais qui n'en présentent pas moins une énorme importance épidémiologique. Dans le nord du pays, dans les villes de Zaria (35,000 habitants) et de Kano (50,000 habitants), la proportion des sujets immunisés est au contraire très faible, quoique pas absolument nulle. A Kano, par exemple, quelques cas récents (enfants) ont été décelés sérologiquement, bien que la maladie n'y ait jamais été reconnue. La Sierra-Leone était jadis considérée comme un des pires foyers de fièvre jaune en Afrique, la maladie y réapparaissant régulièrement jusqu'à la forte épidémie de 1910. A Freetown, la maladie fut alors enrayée par la destruction des gîtes d'*A. aegypti* et l'établissement d'un réseau de distribution d'eau potable. Depuis lors aucun cas n'a été enregistré. Cependant, sur 34 enfants de 4 à 10 ans dont le sérum fut examiné, 1 présentait de façon indubitable la preuve d'une fièvre jaune passée et 3 des indications de probabilité. De sorte que là encore on peut affirmer que la présence de l'infection amarile ne s'est pas traduite par l'apparition clinique de la maladie et de la déclaration officielle de celle-ci. (*Rapport Epidém. Sec. Hyg. Soc. Nations*, mars-avr., 1932.)