

# INFORMATION SANITAIRE

## Congrès Médical d'Haïti

Le 5ème Congrès Annuel de la Société de Médecine d'Haïti, que s'est tenu cette année au Cap-Haïtien du 20 au 23 mars, a été comme les précédents couronné d'un vrai succès. Près de 80 médecins ont participé à ces journées médicales. Le programme très varié a comporté des séances de lecture et de discussion, une visite des travaux sanitaires de la ville du Cap et de ses environs, la discussion de cas cliniques dans les salles de l'Hôpital Justinien, une séance cinématographique (La préparation du néosalvarsan). En même temps que le Congrès Médical s'est tenu le premier Congrès de la Société Dentaire d'Haïti qui a eu lui aussi un plein succès. Voici la liste des travaux qui ont été soumis aux congressistes et qui ont été discutés au cours des diverses séances: Fièvre bilieuse hémoglobinurique (W. Théard et N. St-Louis); Alcoolisme (H. Paultre); Psychiatrie à l'Hôpital Général (L. Hudicourt); L'alastrim (A. Hodelin); Vaccination par le bactériophage (Ed. Pétrus); Séro-diagnostic de la syphilis (Lhérisson); Tuberculose en Haïti (Giordani); Pian quaternaire (R. Jeanty); Pian dans les cliniques rurales du Département Central (G. Pierre-Louis); Service d'Hygiène de Porto Rico (M. A. Stuart); Traitement chirurgical de l'asthme (M. Bourand); Etranglement herniaire (Lévêque); Moustiques en Haïti (S. Cook); L'avortement (M. Armand); Assistance médico-sociale (R. Charmant); Organisation économique de l'hygiène (Chas. Oliphant); Obturations composées (R. Bastien); Radiodontie (S. Daniel); Alvéolotomie (J. Thébaud); Méthode de Blayney (M. Dartiguenave); et Hygiène dentaire scolaire et rurale (L. Coutard). (*Bull. Mens. Serv. Nat. Hyg. Ass. Pub.*, mars, 1932.)

## Paludisme d'Altitude

Guatémala est à 1,500 mètres au-dessus du niveau de la mer, au milieu des chaînes volcaniques dont la principale, en bordure de l'Océan Pacifique, s'élève à 3,000 et 4,000 mètres de hauteur; vers le nord et le sud, des plateaux et de hautes vallées s'étagent, dont la hauteur moyenne varie entre 1,500 et 2,000 mètres. Toutes ces régions d'altitude étaient réputées saines. Seuls le typhus exanthématique et la fièvre typhoïde y faisaient de fréquentes apparitions. En dessous, au contraire, dans les régions basses de la côte, le paludisme régnait en maître et, il y a des dizaines d'années, la fièvre jaune de temps à autre faisait parler d'elle. Dans ces derniers temps ces conditions changent. La mise en valeur du pays appelle périodiquement vers la côte les indigènes des hauts-plateaux qui, leur travail terminé dans les plantations de canne à sucre, de café et de bananiers, reviennent quelques mois plus tard dans leurs villages; les voies de communications plus modernes augmentent par ailleurs les migrations et les courants humains entre la côte et les plateaux. Et brusquement, sur ces hauts plateaux de 1,500 à 2,000 mètres, le paludisme apparaît: dans les bas-fonds des vallées d'altitude, autour des lacs paisibles dans lesquels se reflètent les volcans éteints, un paludisme à allure grave éveille l'attention des autorités locales et leur fait jeter le cri d'alarme; la Santé publique, lancé en prospection sanitaire, s'aperçoit que le paludisme aux tentacules envahissants s'est implanté là où on le pensait jusqu'alors incapable de porter ses coups. En cherchant l'anophèle responsable, on le retrouve partout où sévissait l'affection et même dans les nombreux endroits où elle n'était pas encore: à Jalapa, San Pedro Pinula, Achiotés, Monjas, Cuilapa, Santa-Rosa, Rinconcito, Chiquimulilla, enfin à Santiago de Atitlan et aux alentours du lac d'Atitlan, San Pedro, San Juan, San Marcos, San Lucas Toliman, régions où la première poussée épidémique fut observée en 1930, enfin à Guatémala même et dans ses environs. Mais, et nous pensons devoir

insister sur ce fait, les anophèles de ces régions appartenait tous au même type: *Anopheles pseudo-punctipennis*. Dans les régions basses de la côte au contraire et dans les régions d'altitude peu élevée cet anophèle n'était pas signalé et on rencontrait surtout *An. albimanus* et *An. argyrotarsis*, en particulier dans les régions avoisinant les ports de Champérico, de San José et sur la côte de l'Atlantique. Fait plus curieux: alors que les examens de sang pratiqués sur la côte donnaient, non seulement un nombre égal d'infections par *Plasmodium vivax* et *Pl. praecox*, mais encore une prédominance de ce dernier plasmode, au contraire, c'est exclusivement du *Pl. vivax* qui était décelé dans tous les villages aux alentours des rives du Lac d'Atitlan, ainsi qu'à Nueva Santa-Rosa, Santa-Térésa, San Pedro Pinula, Chiquimulilla, Rinconcito, Guatémala-Ville, et presque exclusivement le même parasite, soit dans 85 à 95 pour cent des cas, à Achiotes, à Monjas, à Cuilapa, à Cubulco et à Santa-Rosa, toutes agglomérations situées entre 1,400 et 1,600 mètres d'altitude. Le *Pl. praecox* semblait se retrouver uniquement chez les travailleurs qui avaient séjourné quelques semaines ou quelques mois auparavant dans les régions côtières. Certaines expériences permettent d'émettre l'hypothèse que le *praecox* a besoin d'une température peut-être plus élevée que le *vivax* pour se développer chez l'anophèle. Les conditions qui lui sont indispensables sont réalisées en toutes saisons ou à peu près dans la zone tropicale et ce *Pl. praecox* s'y rencontrera toute l'année. Il semble au contraire à la limite de son habitat dans les premières régions d'altitude où ce n'est qu'à partir de juin-juillet, dans l'hémisphère Nord, qu'il rencontrera les conditions favorables à son existence; il pourra donner lieu dès lors à des infestations automnales parce que les oocystes, qui ont besoin d'une grosse chaleur pour mûrir, ont alors produit des sporozoïtes qui peuvent se maintenir vivants assez longtemps et à des températures moins élevées. Pour la même raison thermique on ne rencontrerait pas de *praecox* dans les infestations printanières. En altitude plus élevée, les oocystes ne se développant plus, l'espèce ne se maintiendrait pas. *Pl. vivax* est moins exigeant; une température modérée peut suffire à son développement chez l'anophèle; s'il accompagne le *praecox* dans la zone tropicale, il sera infectant au printemps sur les premières hauteurs et dans les altitudes élevées il persistera seul mais se manifesterait de préférence en été et en automne. L'humidité n'a pas d'influence sur l'évolution des hématozoaires chez l'anophèle. Ce n'est qu'indirectement qu'elle peut agir en se montrant défavorable à la vie des insectes quand elle est inférieure à 48-58 pour cent. Que l'air soit sec ou humide au cours de ses expériences, Roubaud note que les zygotes se forment aussi bien. Pour Gill cependant, ce seraient les changements corrélatifs de la température et de l'humidité qui, en réduisant la durée de la saison dangereuse, provoqueraient la prédominance de la tierce bénigne dans les régions élevées. Les réactions de l'organisme chez l'homme infecté à certaines altitudes pourraient peut-être, elles aussi, expliquer que la *Pl. vivax* soit prédominant. Sans doute sous l'influence de circonstances hématozoaires, les porteurs de germes, même primitivement infectés à la fois de tierce bénigne et de tierce maligne présentent dans les hautes stations à peu près exclusivement des rechutes dues au *Pl. vivax* seul. D'ailleurs c'est Marchoux qui, dès 1918, semble avoir insisté le premier sur cette cause humorale: si les infections à *Pl. praecox* tendent à disparaître pendant l'hiver en France, Marchoux l'attribue en effet aux changements humoraux dans le sang des malades à cette saison. Enfin, en dehors de ce pouvoir de sélection que pourraient rencontrer les deux plasmodes mis en concurrence dans l'organisme humain, lui-même placé dans certaines conditions climatiques, il ne faut pas perdre de vue non plus l'action que peut exercer l'organisme de l'anophèle vis-à-vis de telle ou telle espèce de plasmode. Il est probable que les races d'anophèles doivent être individuellement plus ou moins aptes à transmettre l'un ou l'autre parasite. A cet effet, *Anopheles pseudo-punctipennis*, que l'on retrouve seul sur les plateaux de 1,500 à 2,500 mètres d'altitude entre Guatémala et Mexico, que l'on retrouve

en Amérique du Sud, au Pérou et en Argentine, préfère pour sa nourriture l'homme aux animaux (Lopez, 1929) et son activité sexuelle se continue pendant l'hiver tout au moins en Argentine (Lopez). Cet anophèle adapté à altitude peut sans doute, en dehors peut-être de toutes conditions de température et d'humidité, se trouver plus apte à l'évolution du *Pl. vivax* qu'à celle du *Pl. praecox*, tandis qu'au contraire, dans les régions basses de la côte où, tout au moins au Guatemala, *Anopheles albimanus* et *Anopheles argyrotarsis* se rencontrent électivement, ces moustiques auraient une tendance plus marquée à permettre dans leur organisme le développement du *Pl. praecox*. Cette hypothèse peut ne pas se vérifier seule exacte étant donné que nous avons vu que de nombreux autres facteurs pourraient aussi jouer un rôle. Seules des expériences peuvent nous fixer à ce sujet. (Raynal, Jean: *Marseille Méd.* 245 (fév. 25) 1932.)

#### Déclaration de la Rougeole

Il faut également reconnaître que, même dans les pays où la déclaration des cas de rougeole est obligatoire, beaucoup de praticiens la négligent. Là où la déclaration entraîne automatiquement, par l'application des règlements anciens, des mesures de désinfection domiciliaire, le médecin désire naturellement en éviter les ennuis et les frais à la famille, puisqu'il sait que le virus rougeoleux périt spontanément et rapidement en dehors de l'organisme humain. Si la déclaration n'entraîne aucune conséquence administrative, le médecin pourra être tenté de n'y point voir d'utilité et, par conséquent, de l'omettre. Ce sont des raisons de cet ordre qui font que, dans beaucoup de pays, la rougeole n'est pas ou n'est plus à déclaration obligatoire; parmi eux, nous citerons l'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche, la Belgique, l'Écosse, l'État libre d'Irlande, les Pays-Bas, la Roumanie, la Suède, la Suisse, la Tchécoslovaquie, l'Union des Républiques soviétistes socialistes et, hors d'Europe, l'Union de l'Afrique du Sud, l'Argentine, le Chili, la plus grande partie de l'Australie et la Nouvelle-Zélande. (A l'Argentine il n'y a pas de loi nationale sur le sujet de la déclaration obligatoire des maladies infectieuses, la rougeole pas plus que les autres; au Chili, la rougeole est à présent une des maladies à déclaration obligatoire.—RÉV.) Dans les pays où la déclaration est obligatoire, la proportion des cas effectivement enregistrés par rapport aux décès constatés varie beaucoup. A 100 cas déclarés correspond moins d'un décès (0.3 à 0.9) au Danemark; un, à peu près, aux États-Unis d'Amérique; de 1 à 2 au Canada; de 4 à 6 en Italie; 10 environ en France; 25 et plus en Lithuanie; et de 30 à 50 en Égypte. De telles différences sont tout à fait hors de proportion avec ce que la clinique nous apprend des variations de gravité de la rougeole; elles ne peuvent avoir qu'une explication: celle d'un enregistrement plus ou moins complet ou incomplet des cas. Mais, même dans les pays où cet enregistrement est le meilleur, comme le Danemark, ainsi qu'en témoigne la proportion élevée des cas connus par rapport aux décès, il semble qu'un grand nombre de cas ne font pas l'objet de déclarations. Pour une maladie à laquelle si peu de personnes échappent, le nombre des cas réels doit s'approcher du nombre des naissances; il doit être inférieur, sans doute, puisque bien des jeunes enfants meurent avant d'avoir pu contracter la rougeole et que, d'autre part, quelques sujets, vivant isolés, peuvent échapper à la contagion; mais, du moins, le chiffre des cas de rougeole et celui des naissances doivent-ils être, au cours d'une série d'années, du même ordre de grandeur. Or, il n'en est pas ainsi. Pendant la période 1922-1929, le nombre des naissances s'est élevé, au Danemark, à 567,030, celui des cas de rougeole déclarés à 181,601, soit 32 cas pour 100 naissances. Ce pourcentage s'abaisse, dans des pays à enregistrement moins complet, à 1.72 pour-cent en Norvège (486,469 naissances et 83,818 cas déclarés de 1922 à 1930); à 9 pour-cent en Italie (797,199 déclarations pour 8,866,350 naissances de 1922 à 1929) et même 3.7 pour-cent en Pologne (8,969,556 naissances pour 328,837 déclarations de 1922 à 1930). Si les chiffres de morbidité morbilleuse enregistrés