

PROPHYLAXIES MÉDICAMENTEUSES DU PALUDISME¹

Par les Docteurs G. SICAULT et A. MESSERLIN (*Résumé*)

La prophylaxie médicamenteuse du paludisme ne peut pas être une; à des buts différents doivent être adaptées des méthodes différentes. Il est nécessaire d'abord, d'établir une doctrine de lutte. Cette doctrine variera évidemment avec les conditions naturelles du paludisme et l'état actuel de la prophylaxie (grands travaux de lutte antilarvaire, etc.) et avec les moyens dont dispose le Service antipaludique du pays.

Au Maroc, nous nous sommes fixés 4 buts essentiels:

(1) Etablir un traitement standard local, capable, en cas d'accès clinique, de remettre rapidement l'individu sur pied, et de le mettre à l'abri des rechutes à court terme. Ce traitement a été décrit par nous sous le nom de traitement standard du Service Antipaludique du Maroc.

(2) Faire disparaître radicalement la maladie, dans les zones où l'anophélisme est modéré, le réservoir de virus faible (zones de culture intensive, bord des villes, etc.).

Cette méthode, nous l'avons trouvée en employant des cures continues destinées à la guérison parasitologique des paludéens. Ces cures comportent la distribution hebdomadaire d'atébriane et de praequine. L'atébriane est destinée à agir sur le schizonte; la praequine a un double rôle: d'une part elle agit sur le facteur X (sporozoïtique et peut-être réticulo-endothélial) de la rechute, d'autre part elle empêche l'infestation anophélienne. Cette méthode exige une surveillance étroite des apports exogènes du réservoir de virus, et même de l'anophélisme (lutte antilarvaire).

(3) Protéger dans les zones d'endémie les groupes d'âge les plus atteints par la maladie (enfants), les individus en état de défaillance momentanée.

Pour réaliser ces fins, il était nécessaire:

(a) D'employer une méthode de prophylaxie clinique continue. Nous avons préféré à la quinine qui disparaît de l'organisme en moins de 24 heures, l'atébriane dont l'élimination est plus lente;

(b) D'éviter dans une certaine mesure la propagation de la maladie, afin que la multiplicité des réinfections ne vienne pas rendre insuffisante la méthode de prophylaxie clinique. La plasmochine distribuée à intervalles réguliers convient à ce rôle.

On réalise donc cette protection en distribuant: une dose d'atébriane, une dose de plasmochine.

L'expérience nous a prouvé que lorsque la population est fortement prémunie, il suffit de traiter les enfants et les malades qui se présentent.

(4) Protéger l'ensemble d'une population menacée par une épidémie de paludisme. Si le paludisme menace sur un terrain neuf, il faut appliquer à l'ensemble de la population la méthode précédente.

Quel rythme donner aux distributions médicamenteuses? On ne peut le fixer a priori, il dépend surtout de l'anophélisme et du taux des gamétocytaires. Nous avons, grâce à l'index épidémique, le moyen d'adapter à une situation épidémiologique prévue, la méthode convenable.

Cet Index épidémique est donné par le rapport:

$$\frac{\text{Anophèles} \times \text{taux de gamétocytaires}}$$

Index splénométrique

Dans chaque zone palustre, il est nécessaire d'étalonner dans les villages témoins, la valeur théorique de cet index, par rapport aux infestations réelles observées.

¹ *Rivista di Malariaologia*, 480, Fasc. 6, 1937.