

Membre associé français : M. Et. BURNET.

Membre associé étranger : M. S. R. CHRISTOPHERS.

Membres correspondants français : MM. J. BABLET, BALOZET.

Membres correspondants étrangers : MM. C. BONNE, J. CHRISTOPHERSON, DAMAS MORA, L. DUKE, E. LAGRANGE, E. RABELLO, L. URIARTE.

M. EDM. SERGENT, ancien membre titulaire, est inscrit comme titulaire-honoraire (art. 44 du règlement).

Conférences

La Maladie du Sommeil au Cameroun (1).

Par E. JAMOT.

Je me propose de vous exposer, aussi brièvement que possible, quelques résultats des recherches qui ont été effectuées au Cameroun depuis l'occupation française, et en particulier depuis le milieu de 1920, dans le domaine de la maladie du sommeil.

Nos premiers efforts se sont portés dans la région du Nyong et de la Doumé où les Allemands avaient organisé, quelques années avant la guerre, un certain nombre de camps de ségrégation pour les trypanosomés, et, en 1913, un véritable Service de prophylaxie.

D'après les Archives qu'ils nous ont laissées, vers le milieu de 1914, leurs médecins avaient recensé dans les tribus riveraines de ces deux cours d'eau, de quatre à cinq mille trypanosomés.

Je vais indiquer quelques-unes des raisons qui me font croire, que déjà à cette époque, il y en avait beaucoup plus.

Les premiers médecins français qui furent envoyés avec les troupes d'occupation dans ces régions du Cameroun, signalent, dès 1916, que la maladie du sommeil sévit avec intensité dans les circonscriptions de Yaoundé et de Doumé.

(1) Causerie faite à la séance.

Notre regretté camarade LEBARD et le docteur PEYRONNET, explorent les bassins de la Doumé, de la Kadéi et du Long, et ils font connaître que la trypanosomiase est très répandue partout.

En 1917 et en 1918, JULLEMIER visite les rives du Nyong et de la Sanaga, et une partie de la région comprise entre ces deux fleuves. Il constate qu'entre l'Ayong et Akonolinga, tous les villages sont contaminés, et que dans les bassins de l'Ayong, du Como, du M'foumou et de la Télé, qui sont situés entre le Nyong et la Sanaga, de nombreux villages sont infectés, et que plusieurs groupements, qui sont riverains ou proches de la Sanaga, aux environs de Nanga-Eboko, sont également contaminés.

Une exploration rapide que je fis, en décembre 1919, de la route de Yaoundé à Akonolinga et des rives du Nyong à l'ouest d'Ayos, me permit de constater que la maladie existait dans tous les villages de la route d'Akonolinga à Yaoundé, jusqu'à une vingtaine de km. à l'est de ce dernier point, qui est devenu depuis, le chef-lieu du territoire. Je pus également constater qu'elle sévissait sous la forme épidémique en plusieurs points de la subdivision d'Akonolinga, et qu'elle se propageait nettement à l'ouest d'Akonolinga sur les rives du Nyong.

Ces observations, qui furent faites au lendemain de notre installation au Cameroun, prouvent qu'à la fin de la campagne, et vraisemblablement avant la guerre, la maladie du sommeil était endémo-épidémique à l'est de Yaoundé, dans toute la région que baignent le Nyong, la Sanaga, la Kadéi et la Doumé.

..

Au milieu de 1920, M. CARDE, alors Commissaire de la République au Cameroun, confia au docteur JOJOT le soin d'étudier la question et de jeter les bases d'une organisation prophylactique dans les subdivisions d'Akonolinga, d'Abong-Mbang et de Doumé. Et c'est ainsi que fut créé le premier Secteur de prophylaxie du Cameroun.

Vous me permettrez Messieurs, avant d'aller plus loin, de rendre hommage à l'œuvre accomplie là-bas par mon prédécesseur.

En moins de deux ans, JOJOT réussit à reconstruire le camp sanitaire d'Ayos, dont il ne restait rien, et à recenser dans les subdivisions d'Akonolinga et d'Abong-Mbang, près de 6.500 malades.

Pendant ce temps, notre camarade HUOT, explorait la région de Doumé où il trouvait plus de 2.000 trypanosomés.

Au début de 1922, je fus moi-même chargé de continuer la tâche commencée par JOJOT.

Je me proposai aussitôt d'organiser des équipes de recherches et de traitement sur le modèle de celles que j'avais utilisées quelques années auparavant dans l'Oubangui-Chari, et qui m'avaient donné toutes satisfactions. Puis j'entrepris de visiter systématiquement tous les villages du Secteur et d'en examiner minutieusement et un par un tous les habitants.

Cette opération est à mon avis absolument fondamentale. Elle nous montre la gravité du mal que nous avons à combattre ; elle nous permet d'en déterminer les limites, indispensables à connaître, et pour tout dire, de dresser la carte de l'endémio-épidémie. Pour le médecin qui lutte contre la maladie du sommeil, cette carte représente très exactement ce qu'est, pour l'ingénieur qui construit un chemin de fer, le levé d'une ligne soigneusement étudiée. C'est le document de base de toute prophylaxie sérieuse.

Avec l'aide des docteurs HUOT, EVRARD, CORSON, MARQUAND et surtout de DE MARQUEISSAC, qui a été pour moi un collaborateur admirable, tous les villages des Subdivisions d'Akonolinga, d'Abong-Mbang et de Doumé ont été visités, et la presque totalité de leurs habitants ont été examinés. Nous avons pu ainsi établir que le cours du Nyong est l'axe d'un foyer épidémique extrêmement violent. Dans les agglomérations qui sont situées au voisinage du fleuve, entre Abong-Mbang et Kolmaka, la maladie existe presque partout à l'état épidémique et dans 46 villages riverains, où nous avons visité 17.797 habitants, nous avons trouvé 14.374 trypanosomés, soit 80 malades sur 100 habitants.

Du Nyong, la maladie se propage dans toutes les directions, mais en diminuant d'intensité à mesure qu'on s'éloigne du fleuve.

Cette diminution progressive des taux d'infection me paraît absolument constante et, partout où il m'a été permis de suivre jusqu'au bout les courants infectieux qui partent d'un foyer épidémique, j'ai pu déterminer les points morts de ces courants. Il découle de ces faits une notion d'épidémiologie qui a pour la prophylaxie une importance capitale.

Mais, pour en revenir au foyer qui nous occupe, nous devons ajouter que dans les trois unités administratives du Secteur, la maladie a fait tache d'huile. Dans la partie de la Subdivision d'Akonolinga qui est au nord du Nyong, les coefficients d'infection restent partout très élevés. Au sud du fleuve, la maladie se rencontre également à peu près partout sous la forme épidé-

mique, aussi bien dans la Subdivision d'Abong-Mbang que dans celle d'Akonolinga.

Dans la Subdivision de Doumé, la maladie est épidémique dans les villages qui sont au voisinage du Poste, et dans quelques-unes des tribus qui habitent le nord de la Subdivision, entre le Long et la route de Doumé à Ngaoundéré. Sur cette dernière route je n'ai trouvé aucun trypanosomé au nord de Guiwa, qui, dans la direction du nord, constitue l'un des points de la frontière naturelle du Secteur de prophylaxie.

Les foyers épidémiques de la région de Doumé sont séparés de ceux du Nyong par une zone où la maladie est endémique. Il se pourrait qu'ils aient une autre origine et qu'ils soient en relation avec les foyers qui ont décimé la Haute-Sangha et en particulier la région de Nola, et qui ont dû remonter le bassin de la Kadéï.

Dans l'ensemble du Secteur, 19 villages seulement, dont 18 de la Subdivision de Doumé, ont été reconnus indemnes de trypanosomiase.

Les groupements qui sont situés à la périphérie du Secteur et au voisinage des Subdivisions environnantes sont, à de rares exceptions près, tous contaminés, et dans ceux qui se trouvent à la limite de la Subdivision d'Akonolinga et des Subdivisions de Yaoundé et de Nanga-Eboko, les coefficients d'infection varient de 38 à 78 o/o.

Il résulte de ces observations que la maladie déborde partout les limites du Secteur actuel, et les coups de sonde que nous avons lancés dans les Subdivisions voisines montrent qu'elle se propage très activement à l'ouest d'Akonolinga, dans la direction de Yaoundé, et qu'un foyer important existe à l'ouest du Secteur, sur la Doumé et la Kadéï.

Dans l'ensemble de cette région, il avait été recensé au premier juin dernier, dans une population de 120.000 habitants environ, 41.000 trypanosomés, dont 26.780 dans la seule Subdivision d'Akonolinga qui compte moins de 50.000 habitants.

Au nord de la Sanaga, nous avons découvert, en 1922, un nouveau foyer de trypanosomiase qui paraît tout à fait indépendant de ceux dont il vient d'être parlé. Il est situé au sud-ouest du Mbam et il est à cheval sur les routes qui relient le poste de Bafia aux centres très importants d'Edéa, d'Eséka et de Yabassi. Le docteur Deumié, qui a été chargé de l'étudier, y avait déjà recensé 1.400 malades lorsque en août dernier, je quittai le Territoire.

Pendant ma dernière année de séjour au Cameroun, j'ai pu étudier un troisième foyer que le hasard me fit découvrir, en

décembre 1921, sur les rives du Bas-Logone et du Bas-Chari, où la maladie du sommeil était alors insoupçonnée.

Ce foyer est entièrement inclus, en ce qui concerne le Cameroun, dans la Subdivision de Fort-Foureau qui forme un long couloir étroitement enclavé entre la Colonie du Tchad et la Nigéria anglaise.

D'après les renseignements que j'ai pu recueillir, il semble que la maladie fit son apparition dans ces parages deux ou trois ans avant la guerre. Les Postes-filtres qui furent installés par notre camarade MURAZ, en 1920, à Fort-Archambault et à Lai, pour protéger les populations du Tchad, sont arrivés trop tard. Actuellement, la maladie sévit à l'état endémo-épidémique dans tous les villages riverains du Logone et du Chari, au nord de Logone-Birni, et dans un grand nombre de ceux qui se trouvent dans leur voisinage.

Les populations qui habitent l'ouest de la Subdivision, à proximité de la frontière anglaise, sont absolument indemnes.

Dans l'ensemble de cette région, d'octobre 1924 à mars 1925, 29.366 habitants, répartis dans 631 groupements, ont été visités, et 1.980 malades, appartenant à 237 villages, ont été recensés.

Ce foyer du nord Cameroun présente une particularité épidémiologique que je crois intéressante à signaler.

Les rives du Logone et du Chari, au nord de Logone-Cana, sont partout infestées de tsés-tsés qui appartiennent toutes à une seule espèce : *Glossina tachinoides*.

Nous n'avons jamais trouvé *Glossina palpalis*, qui, si elle existe, doit être extrêmement rare.

De plus, il existe un parallélisme frappant entre la distribution de la mouche et celle de la maladie. Lorsqu'au sud de Logone-Birni, le rideau forestier qui borde le fleuve diminue et disparaît, la maladie disparaît également, et c'est ainsi qu'il existe entre les foyers de Lai et du Bas-Logone, une zone de plusieurs centaines de km. où la maladie est complètement inconnue.

MURAZ a observé, dans son Secteur du Moyen-Chari, de très importants foyers de trypanosomiase, à proximité desquels il n'a trouvé que *Glossina tachinoides*. En Nigéria, les médecins anglais ont fait des constatations identiques.

Il est donc infiniment probable que *Glossina tachinoides* joue, dans ces contrées du nord, le rôle de *Glossina palpalis* dans les régions plus rapprochées de l'équateur, et qu'elle est ici l'agent de transmission de la maladie du sommeil. Quoi qu'il en soit, les présomptions de sa spécificité nous paraissent déjà suffi-

santes, pour que, dès maintenant, on prenne des mesures pour préserver les habitants de sa piqure.

Il doit exister au Cameroun plusieurs autres foyers de trypanosomiase. Les Allemands en avaient signalé un sur le Wuri, entre Yabassi et Douala; il ne nous a pas été possible d'en reprendre l'étude. Il est probable aussi que le Sud-Cameroun qui touche au Muni espagnol et au foyer gabonais du N'tem, et qui de plus reçoit de nombreux travailleurs revenant de Fernando-Po, où les trois quarts des habitants sont paraît-il trypanosomés, est également contaminé. Les nombreux malades qui se présentent à la visite des médecins français et américains d'Ebolowa et de Kribi, semblent d'ailleurs le démontrer.

En résumé, il avait été recensé dans l'ensemble du Cameroun, au 1^{er} juin dernier, 45.176 trypanosomés, parmi lesquels on avait enregistré à la même date 12.659 décès.

Je livre ce dernier chiffre à la méditation de ceux qui proclament que la maladie du sommeil n'est pas un facteur de dépopulation de l'Afrique équatoriale. Il est cependant, de toute évidence, de beaucoup inférieur à la réalité.

Au Cameroun, les trypanosomés reçoivent, aussitôt le diagnostic fait, une forte dose d'atoxyl; puis ils sont munis d'une fiche individuelle et renvoyés dans leurs villages.

Des équipes de traitement, dirigées par des agents sanitaires européens, visitent ensuite périodiquement ces villages et appliquent aux malades le traitement prescrit. Mais, à chaque visite, nos équipes enregistrent un grand nombre de défections. Les malades avancés, qui apprécient les bienfaits du traitement, viennent régulièrement se faire soigner; mais les trypanosomés à la première période, qui le plus souvent ne se sentent pas malades, ne comprennent pas la nécessité des piqures et ils cherchent naturellement à les éviter. J'ai calculé que dans les Secteurs du Nyong et de Doumé, plus de 10.000 trypanosomés recensés échappent au traitement. Ces malades du début, qui restent ainsi sans soins, sont extrêmement contagieux et c'est là l'un des gros écueils de notre organisation prophylactique. Mais il y en a d'autres.

Les naturels de ces pays sont extrêmement instables; pour un oui, pour un non, ils quittent leurs villages pour aller s'installer dans un village voisin, et, parfois, dans des régions très éloignées de leur groupement d'origine. Cette manie n'est d'ailleurs pas particulière aux habitants du Cameroun, et je l'avais déjà observée dans l'Oubangui-Chari. Elle est selon moi la cause essentielle de la propagation du mal.

Les malades qui circulent librement sur les routes et en par-

ticulier les commerçants nomades, sont également de redoutables agents de contagion. Il en est ainsi des indigènes qui sont recrutés sans examen préalable, dans des régions contaminées, mais non encore prospectées, pour aller faire des prestations ou du portage, et même séjourner dans des contrées encore indemnes où la contagion est possible.

Tous ces facteurs de dissémination, contre lesquels les médecins ne peuvent rien, rendent le problème de la prophylaxie véritablement insoluble.

Car, Messieurs, comme l'ont si bien dit nos camarades BLANCHARD et LAIGRET, dans une magistrale étude encore inédite, qu'ils m'excuseront de déflorer pour vous, « la question de la « maladie du sommeil est tout entière une question de porteurs « de germes. »

La carence alimentaire et la misère physiologique, dont les populations congolaises ont trop souvent souffert et qu'on a rendu responsables de l'extension du fléau, n'ont en réalité pas d'autre rôle que de favoriser, dans cette affection comme dans toutes les autres, l'évolution plus rapide du mal. Les populations du Centre-Cameroun se nourrissent parfaitement bien et elles ne sont astreintes à aucun travail de force, ni à aucune besogne pénible susceptibles de les déprimer, et cependant je ne crois pas qu'il existe un autre pays où la maladie soit aussi contagieuse. Dans le Nord-Cameroun, la tribu Kotoko, qui est la plus riche de la région et qui se nourrit très convenablement, est la plus contaminée.

Un indigène ne contracte donc pas la maladie du sommeil parce qu'il est famélique, mais parce qu'il vit au contact d'un malade et qu'il est sans cesse exposé aux piqûres des insectes transmetteurs.

Il serait bon, Messieurs, que cette notion qui heurte des idées chères à d'éminentes personnalités coloniales, ait la consécration de votre haute autorité pour que désormais les cultures vivrières ne soient plus considérées comme l'élément fondamental de la lutte contre le fléau, et au besoin celui qui peut suppléer à tout.

Sans doute faut-il que les indigènes mangent bien et qu'ils aient pour cela de vastes plantations, mais il le faut pour des raisons qui n'ont que de rares points communs avec celle qui nous occupe.

En réalité, pour combattre efficacement la maladie du sommeil, il suffit de guérir les malades ou tout au moins de les rendre inoffensifs pour le milieu où ils vivent, de préserver les individus sains par des mesures d'hygiène appropriées, enfin de

protéger les régions encore indemnes en interdisant l'accès aux sommeilleux.

Pour cela, il faut en premier lieu dépister les malades ; j'entends tous les malades. Il faut ensuite les soigner et les surveiller. Le dépistage, le traitement et la surveillance des trypanosomés, sont à mon avis, les trois conditions nécessaires mais suffisantes de la prophylaxie médicale. Dans le milieu où nous opérons, elles seront irréalisables aussi longtemps que les questions d'administration pure domineront la question sanitaire, et tant que le médecin n'aura pas, dans les régions contaminées, l'autorité qu'a le chirurgien dans sa salle d'opération.

Messieurs, il appartient à ceux qui président aux destinées de ces pays de décider si les milliers de vie humaine, que la maladie du sommeil fauche tous les ans et qui pourraient être sauvées, ne valent pas le sacrifice de quelques principes admis et si, en fin de compte, il ne convient pas de donner aux médecins qui se consacrent là-bas à cette œuvre de salut, l'autorité qui leur est indispensable pour accomplir leur tâche.
