

Médecine tropicale

Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées
(Marseille). Auteur du texte. Médecine tropicale. 1979-09.

1/ Les contenus accessibles sur le site Gallica sont pour la plupart des reproductions numériques d'oeuvres tombées dans le domaine public provenant des collections de la BnF. Leur réutilisation s'inscrit dans le cadre de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 :

- La réutilisation non commerciale de ces contenus ou dans le cadre d'une publication académique ou scientifique est libre et gratuite dans le respect de la législation en vigueur et notamment du maintien de la mention de source des contenus telle que précisée ci-après : « Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France » ou « Source gallica.bnf.fr / BnF ».

- La réutilisation commerciale de ces contenus est payante et fait l'objet d'une licence. Est entendue par réutilisation commerciale la revente de contenus sous forme de produits élaborés ou de fourniture de service ou toute autre réutilisation des contenus générant directement des revenus : publication vendue (à l'exception des ouvrages académiques ou scientifiques), une exposition, une production audiovisuelle, un service ou un produit payant, un support à vocation promotionnelle etc.

[CLIQUER ICI POUR ACCÉDER AUX TARIFS ET À LA LICENCE](#)

2/ Les contenus de Gallica sont la propriété de la BnF au sens de l'article L.2112-1 du code général de la propriété des personnes publiques.

3/ Quelques contenus sont soumis à un régime de réutilisation particulier. Il s'agit :

- des reproductions de documents protégés par un droit d'auteur appartenant à un tiers. Ces documents ne peuvent être réutilisés, sauf dans le cadre de la copie privée, sans l'autorisation préalable du titulaire des droits.

- des reproductions de documents conservés dans les bibliothèques ou autres institutions partenaires. Ceux-ci sont signalés par la mention Source gallica.BnF.fr / Bibliothèque municipale de ... (ou autre partenaire). L'utilisateur est invité à s'informer auprès de ces bibliothèques de leurs conditions de réutilisation.

4/ Gallica constitue une base de données, dont la BnF est le producteur, protégée au sens des articles L341-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

5/ Les présentes conditions d'utilisation des contenus de Gallica sont régies par la loi française. En cas de réutilisation prévue dans un autre pays, il appartient à chaque utilisateur de vérifier la conformité de son projet avec le droit de ce pays.

6/ L'utilisateur s'engage à respecter les présentes conditions d'utilisation ainsi que la législation en vigueur, notamment en matière de propriété intellectuelle. En cas de non respect de ces dispositions, il est notamment passible d'une amende prévue par la loi du 17 juillet 1978.

7/ Pour obtenir un document de Gallica en haute définition, contacter utilisation.commerciale@bnf.fr.

CONTENTS

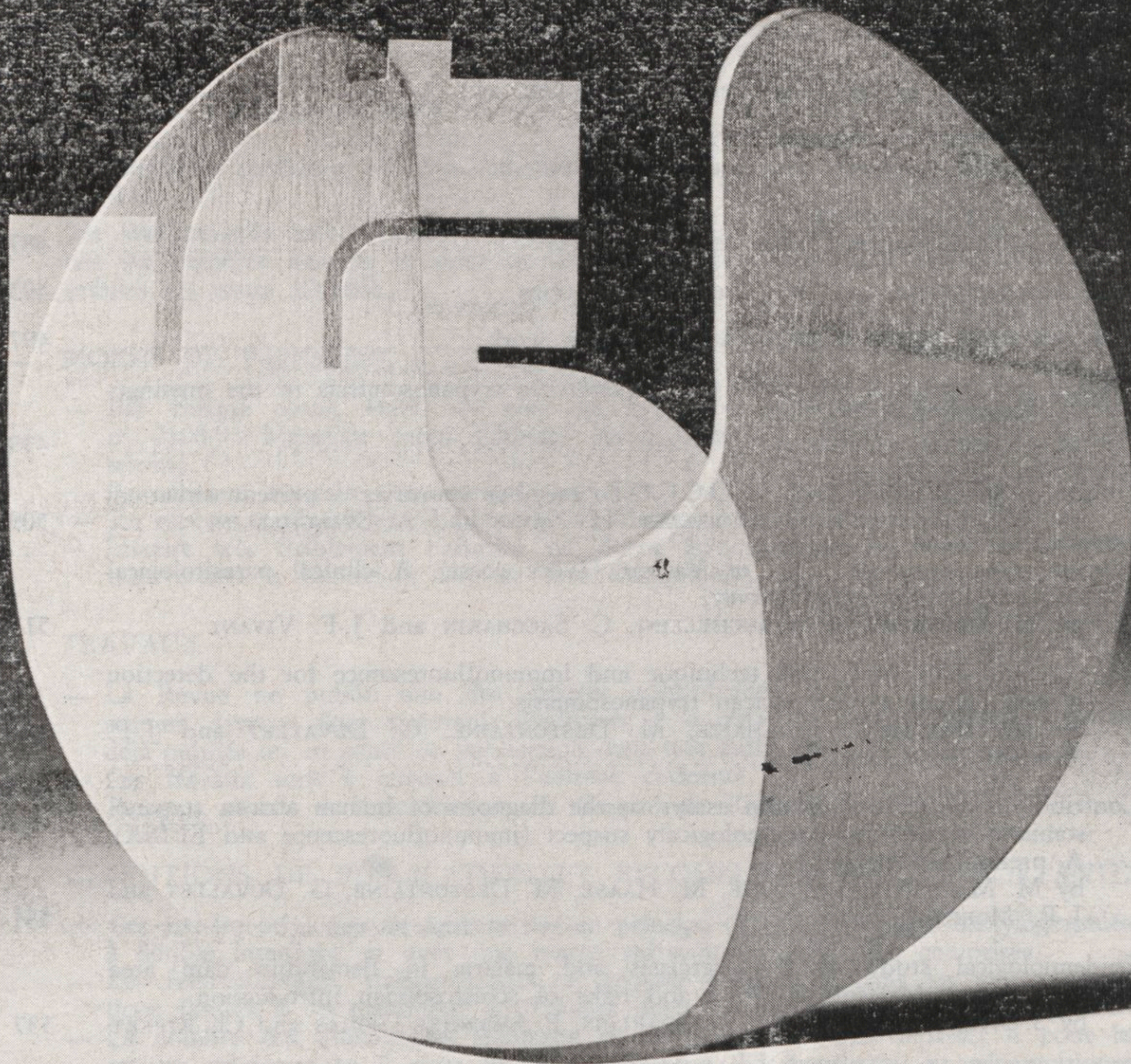
COMMEMORATION OF THE 100th ANNIVERSARY OF THE BIRTH OF EUGENE JAMOT

COMMUNICABLE DISEASES AND PUBLIC HEALTH IN THE TROPICS

Foreword, by Médecin général inspecteur J. VOELCKEL	477
Eugène JAMOT : the man (1879-1937), by Médecin général inspecteur L. SANNER	479
Eugène JAMOT : his work, by Médecin général inspecteur P. RICHET	487
Chronological listing of Dr JAMOT's publications	495
Few references to Dr Eugène JAMOT and his work	497
Clinical and biological symptoms of <i>T. gambiense</i> trypanosomiasis in the meningo- encephalitic period, by G. EDAN	499
Human trypanosomiasis foci in O.C.C.G.E. member countries : present situation, by M. DESFONTAINE, G. DUVALLET, H. NAVES and A. STANGHELLINI	509
Human trypanosomiasis focus of Vavoua (Ivory coast). A clinical parasitological and sero-immunological survey, by G. DUVALLET, A. STANGHELLINI, C. SACCHARIN and J.-F. VIVANT	517
Comparative value of ELISA technique and immunofluorescence for the detection in the foci of human african trypanosomiasis, by M. MANGENOT, J. CHAIZE, M. DESFONTAINE, G. DUVALLET and J.-P. MOREAU	527
Contribution of immunoglobulin assays to the diagnosis of human african trypano- somiasis in patients immunologically suspect (immunofluorescence and ELISA). A preliminary report, by M. MANGENOT, J. CHAIZE, M. HAASE, M. DESFONTAINE, G. DUVALLET and J.-P. MOREAU	531
Epidemiological study of onchocerciasis and malaria in Bamendjin dam area (Cameroon). Malacologic fauna and risks of schistosomian introduction, by S. ATANGANA, J. FOUMBI, M. CHARLOIS, P. AMBROISE-THOMAS and Ch. RIPERT	537
Distribution of dracunculiasis in Mali. Survey of the <i>Cyclops</i> habitat, by P. RANQUE, I.S. DEGOGA, A. TOUNKARA, H. BALIQUE and M. QUILICI	545
Antimalaria fluorescent antibodies evolution in young children living in a stable malaria area, by J.-P. NOZAIS, D. TRUONG MINH KY and J. DOUCET	549
The control of culicidae in Djibouti town. An experience of seven years, by B. CARTERON, D. MORVAN and F. RODHAIN	555
Is the first dental eruption, a good criterion to fix the time of anti-measles immunization ? by H. PERIER and J.-A. HUSSER	559
An experience of primary health care education in Mauritania, by S. RESNIKOFF	565
Immunization campaign in Ethiopia, by M. CHARPIN and B. CARTERON	571
Place and importance of "spécific" surgery in a national program for control of leprosy, by P. GIRAudeau and J. DEPINAY	577

Oracilline[®]

traite l'angine et protège le cœur



Oracilline et antibiothérapie curative :

Angines streptococciques, affections à germes pénicillino-sensibles ● adulte : 3 000 000 U/jour en moyenne
● enfant : 1 à 2 000 000 U/jour.

Oracilline et antibiothérapie dissuasive :

Prévention ● des surinfections streptococciques, en particulier en cardiologie, stomatologie, chirurgie dentaire
● de la gangrène gazeuse post-traumatique ● adulte : 3 000 000 U/jour ● enfant : 1 à 2 000 000 U/jour.

Oracilline et antibiothérapie prophylactique :

Prévention : ● des rechutes de RAA : 200.000 à 500.000 U/jour ● de la scarlatine : 1 à 3 000 000 U/jour pendant toute la durée du contagement ● de la méningite cérébro-spinale : prophylaxie limitée aux sujets contact : 1 à 3 000 000 U/jour, pendant 5 jours. (arrêté du 16-12-75)

Comprimés à 1 000 000 U

● boîte de 12 comprimés sécables en 4 dosés à 1 000 000 U de pénicilline V acide. Tableau C

Comprimés à 100 000 U

● boîte de 50 comprimés dosés à 100 000 U de pénicilline V acide. Tableau C

Sirop à 6 000 000 U

● flacon de 120 ml de sirop suspension dosé à 6 000 000 U de benzathine-pénicilline V soit 24 cuillères doseuses à 250 000 U. Parfumé à l'abricot. Tableau C

Contre-indications : allergie aux β lactamines.

Effets secondaires : les manifestations allergiques semblent plus rares et moins graves qu'avec les pénicillines injectables.

MEDECINE TROPICALE

VOLUME 39 — N° 5

SEPTEMBRE-OCTOBRE 1979

100^e ANNIVERSAIRE DE LA NAISSANCE D'EUGENE JAMOT

GRANDES ENDÉMIES ET SANTÉ PUBLIQUE TROPICALES

AVANT-PROPOS

par

le Médecin général inspecteur J. VOELCKEL

Voici cent ans naissait Eugène JAMOT.

La destinée du vainqueur de la maladie du sommeil, son rayonnement exceptionnel, l'originalité de son action, la continuité de son œuvre à travers les générations qui lui succédèrent en font une figure prestigieuse de la médecine tropicale et un symbole du travail désintéressé des médecins militaires au service des pays tropicaux francophones.

L'Ecole dont il fut l'élève en 1910 se devait de célébrer cet anniversaire. Une cérémonie commémorative a eu lieu le 14 novembre 1979 à l'Institut de médecine tropicale du Service de santé des Armées (I.M.T.S.S.A.), en hommage à JAMOT, à ses compagnons et à ses continuateurs.

Notre revue a voulu consacrer ce numéro aux problèmes des "grandes endémies" et de santé publique, problèmes si bien posés par JAMOT en Afrique Noire.

Nous remercions tout particulièrement les Médecins généraux inspecteurs SANNER et RICHET d'avoir bien voulu apporter leur contribution à ce numéro. Leurs noms restent attachés à ce qui fut un des épisodes les plus valeureux de l'histoire du Corps de santé d'outre-mer.

Puisse cette évocation faire émerger d'un injustifiable oubli la noble stature de JAMOT et son œuvre de précurseur.

oracilline



Eugène JAMOT à l'âge de 48 ans.

EUGENE JAMOT : L'HOMME

(1879 - 1937)

par

le Médecin général inspecteur L. SANNER

"Et si le salut l'exigeait, il ne faudrait pas hésiter à créer cet état dans l'état, dût l'orgueil déplacé de quelques-uns en souffrir."

E. JAMOT, Janvier 1935.

Les premiers compagnons de JAMOT, membres de la Mission pour la maladie du sommeil au Cameroun, qui vivent encore, sont en très petit nombre... Il se trouve que je suis de ceux-là. Lorsque cette qualité me valut l'honneur de coucher sur le papier les souvenirs que je conserve de notre grand ancien, je fus tenté de m'écrier, après La Bruyère : "Tout est dit et l'on vient trop tard depuis...", d'une part en effet, à l'instar de ces historiens qui rendent un personnage du passé plus vivant qu'il ne le fut pour ses contemporains, le Médecin général LAPEYSSONNIE, qui n'avait pas connu JAMOT, avait à force d'intuition et de talent, réussi un portrait auquel les intimes ne font pas de retouches, et qui restera ce qui fut écrit de plus vrai et de plus chaleureux sur cet homme hors série, et, d'autre part, un médecin camerounais, le docteur BEBEY EYIDI, dans le dessein de réparer l'oubli où avait sombré le "vainqueur de la maladie du sommeil" lui avait consacré sa thèse, écrite dans un registre autre que celui de LAPEYSSONNIE, mais émouvante par la sincérité de ses accents et précieuse par sa documentation (*).

Ne pouvant répéter ce que son imagination brillante avait dicté au premier, et sa gratitude fervente au second, je me voyais contraint d'adopter une approche plus dépouillée ; je choisis de montrer que les rares vertus de JAMOT et sa conception de l'action médicale ne font pas seulement de lui le vainqueur de la maladie du sommeil, mais aussi l'archétype de

ce que doivent être et devront demeurer, pendant longtemps, les médecins exerçant dans les zones tropicales où sévissent les grandes endémies.

Mes camarades de promotion MONTESTRUC, LE ROUZIC, mon épouse et moi, nous débarquâmes à Douala le 2 novembre 1925. Notre petit groupe, amputé de LE ROUZIC retenu à l'hôpital où il exerça quelque temps les fonctions de médecin résident, rejoignit Yaoundé en utilisant successivement le chemin de fer jusqu'à Eseka, un "Decauville" qui déraillait souvent, et enfin un camion.

Le Médecin en chef TALBOT, Directeur du Service de santé du Cameroun, nous apprit que notre destination était Ayos, où nous devons effectuer le stage réglementaire. MONTESTRUC et moi étions titulaires du grade de Médecin aide-major de deuxième classe qui nous donnait droit au port d'un galon et à la solde afférente. Nous ignorions que le sort de la "Mission permanente de lutte contre la maladie du sommeil" à laquelle nous devons appartenir se jouerait à Paris quelques mois plus tard.

Pour se rendre à Ayos, il fallait environ quatre jours de piste forestière et par conséquent les impedimenta du "broussard", mais nous l'avions prévu et ne manquions de rien.

AYOS n'était pas encore le haut lieu de la maladie du sommeil qu'il devint par la suite. Le Médecin major de deuxième classe DE MARQUEISSAC en assurait la chefferie médicale, tandis que l'autorité administrative appartenait à un adjudant des Troupes coloniales. Les conflits d'autorité qui eussent pu surgir étaient aplanis par l'intelligente compréhension que ce sous-officier avait de la situation.

Au pied du poste, situé sur une colline, le Nyong

(*) Le docteur BEBEY ne vit JAMOT qu'une fois, alors que, âgé de 16 ans, il était élève d'un établissement scolaire où le chef de la mission pour la maladie du sommeil était venu faire une causerie de propagande en faveur de l'école d'infirmiers d'Ayos qu'il venait de créer. Le Dr BEBEY fut successivement diplômé de l'Ecole d'Ayos, puis médecin africain (Ecole de Dakar) ; il s'engagea en 1940 dans la première division des Forces Françaises Libres et fit toutes ses campagnes de l'Egypte au Rhin. De retour avec la Croix de Guerre, bientôt suivie de la Légion d'Honneur, il entreprit, à 30 ans, de passer son baccalauréat et de faire ses études médicales.

déroulait ses méandres noirâtres, et nous savions que les villages proches de ses galeries forestières étaient lourdement infestés.

Le stage d'Ayos n'avait évidemment pas pour objet de nous rappeler les notions théoriques que nous étions supposés posséder. Nous avions eu d'ailleurs pour professeur au Pharo, KÉRANDEL lui-même. Toujours vêtu d'uniformes impeccables et ceint de baudriers miroitants, il avait eu la coquetterie, en nous décrivant le "signe de la clef", de ne pas nous dire que ce signe portait son nom et, qu'ayant eu la maladie du sommeil, il l'avait observé sur lui-même. Le but du stage était essentiellement de nous montrer le fonctionnement, en opération, d'une de ces équipes de prospection dont le modèle avait été mis au point par JAMOT en Oubangui-Chari dès 1917, et de nous initier à la posologie des trypanocides. Le personnel africain était parfaitement rompu à sa tâche mais n'avait pas l'instruction générale qui fut, plus tard, requise des candidats à l'École d'Ayos. En vieil Africain, le chef de la mission avait tôt discerné, et su tirer parti de l'étonnante dextérité et de l'acuité des sens de ses infirmiers, et nous eûmes l'occasion de nous en émerveiller au cours des journées où nous participâmes à une tournée effectuée sous les ordres de DE MARQUEISSAC, dans la subdivision d'Abong Mbang. Cette région était une des plus touchées, les taux de morbidité atteignaient, en 1927, des chiffres effrayants, 70, 75, 80 et même 85 p. 100, ce qui, compte tenu des lacunes du dépistage, signifiait une pandémie au sens absolu du terme. Entre autres petits détails de métier, nous apprîmes qu'on ne voit pas un trypanosome dans le suc ganglionnaire, on le devine à un faible grossissement, aux soubresauts qu'il imprime à une pile de globules blancs, on centre ensuite un objectif plus fort sur le point suspect et on débusque le parasite. Nous nous initiâmes à toutes les phases des opérations qui se déroulaient dans un ordre immuable garant de la rapidité et de l'efficacité. Ponction ganglionnaire et goutte épaisse étaient alors seules employées pour le dépistage. La ponction lombaire n'intervint que plus tard. Le choix des malades ayant atteint la deuxième période et traités à la tryparsamide était donc basé sur la clinique.

Le secteur de Bafia que je rejoignis à l'issue de mon stage était alors sans titulaire mais mon prédécesseur, un médecin civil nommé DEUMIÉ, y avait déjà recensé 1.454 malades sur 11.092 visités, appartenant aux tribus Bafia, Yambassa, et Lemandé, soit un indice global de 13 p. 100, mais avec des variations considérables du centre à la périphérie.

Pendant que j'entreprenais la prospection métho-

dique du foyer, le sort de la mission se jouait à Paris. JAMOT qui avait mesuré l'ampleur du fléau ainsi que les moyens nécessaires pour en venir à bout, comprit que ces moyens ne lui seraient pas fournis mais qu'au contraire, obstacles et avanies se multiplieraient (*) s'il ne frappait un grand coup.

MONTESTRUC a fait le récit dramatique — qu'il tenait de JAMOT lui-même —, de la séance au cours de laquelle celui-ci fut entendu, en fin mai 1926, par une commission composée de hautes personnalités et dont le rôle était d'orienter et d'éclairer la décision du ministre. Cette commission comprenait, outre le ministre des Colonies, le général MESSIMY, ex-ministre de la Guerre, l'amiral LACAZE de l'Académie française, président de la Ligue maritime et coloniale, les professeurs TANON et TEISSIER de la Faculté de médecine de Paris, le gouverneur MARCHAND, haut commissaire de la France au Cameroun, et enfin le représentant du ministre des Finances.

La parole fut aussitôt donnée au Dr JAMOT qui traça le tableau dramatique de l'épidémie sommeilleuse au Cameroun et conclut qu'il fallait donner à ceux qui se consacraient à combattre le fléau, *l'indépendance* et les moyens nécessaires.

Quiconque se souvient des structures administratives de l'époque, et de la rigoureuse subordination qui en était le principe, reconnaîtra qu'il fallait un singulier courage pour oser demander une dérogation aussi insolite, à l'ordre établi. Un silence glacial suivit l'exposé. J'ai cru, a dit JAMOT, qu'après cette audace ma carrière était définitivement brisée ; mais bientôt, l'amiral LACAZE se leva : "Monsieur le ministre, dit-il, où bien le médecin major JAMOT a dit la vérité, et alors nous ne devons pas lui marchander les moyens qu'il demande, ou bien il a travesti cette vérité, et dans ce cas nous devons lui appliquer une sanction que, pour ma part, je demande extrêmement sévère." Le ministre se tourna alors vers le gouverneur MARCHAND : "C'est à vous, Monsieur le haut-commissaire, qu'il appartient de répondre à Monsieur l'amiral LACAZE"; et le gouverneur MARCHAND, justement surnommé "le Lyautey du Cameroun", de dire alors simplement que le docteur JAMOT n'avait pas prononcé une parole qui ne fût l'exact reflet de la situation sanitaire au Cameroun.

La partie était gagnée et, le 8 juillet 1926, l'arrêté créant une "Mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil" paraissait au Journal Officiel. Ce fut le début de la période triomphale qui devait permettre à JAMOT d'atteindre le but qu'il s'était fixé et le conduire au faite des honneurs et du succès.

(*) Un jour, ayant franchi, à la poursuite du zéro endémique, les limites des circonscriptions du Haut-Nyong et de Yaoundé, il se vit intimer l'ordre du chef de circonscription de faire demi-tour immédiatement, et de ne pas remettre les pieds dans la circonscription de Yaoundé.

*
**

C'est au cours de cette période, la plus heureuse sans doute de sa vie, que je connus JAMOT car il fit plusieurs inspections à Bafia dont une en compagnie de LE ROUZIC. Il était alors dans la force de l'âge (45 ans) et tout l'éclat de ses moyens. Physiquement son cou, un peu court, et sa tête engoncée lui donnaient l'air d'un fonceur, mais l'aisance et la vivacité des gestes révélaient un homme en parfaite condition. Sa figure ronde qu'éclairait un regard à la fois franc et scrutateur, s'illuminait souvent d'un sourire malicieux et plein de charme qui adoucissait les observations qu'il pouvait être amené à formuler. La parole était facile, la répartie prompte. JAMOT devait à sa formation polyvalente et à son appétit de lecture une culture variée et profonde ; ses manières étaient toujours courtoises aussi bien avec ses égaux qu'avec ses subordonnés. D'ailleurs à l'opposé d'un autre de nos anciens, médecin-chef de l'hôpital de Douala qui, prié de donner son avis sur ses collaborateurs répondit qu'il n'avait que des subordonnés, JAMOT, lui, n'avait que des collaborateurs.

Nous étions jeunes, inexpérimentés, nous n'avions pas fait nos preuves et voilà qu'un chef qui nous dominait par le grade, le savoir, l'expérience et la notoriété, et qui avait deux fois notre âge, nous traitait en égaux ; ne semblant mettre en doute ni nos connaissances, ni notre zèle, ni notre prudence, il nous accordait un crédit illimité.

N'y avait-il pas là de quoi nous combler à la fois de gratitude et de confusion et aussi de la crainte subconsciente de décevoir ?

On s'explique ainsi la sorte de dévotion dont il fut l'objet et cette fidélité à son souvenir dont la cérémonie, intime et annuelle, de Saint-Sulpice-les-Champs est le touchant témoignage.

Chez cet homme engagé tout entier dans une entreprise où il avait joué sa carrière, on surprenait parfois dans les moments de détente des éclairs inattendus de naïveté. JAMOT, qui croyait à l'honnêteté universelle, était l'homme le plus facile à berner qui fût. MONTESTRUC a raconté comment des commerçants peu scrupuleux en profitaient pour lui présenter deux fois la même facture qu'il payait sans sourciller.

Sa façon de commander était très particulière ; il ne donnait jamais d'ordres écrits. Je ne reçus pas une seule note de service signée de lui mais seulement des lettres personnelles où les questions techniques étaient mêlées à des détails d'ordre privé. Ses instructions prenaient la forme de demandes courtoises telles qu'on peut les adresser à un ami,

et il prenait grand soin de ne pas faire sentir le poids de son autorité. L'inconvénient de cette correspondance est qu'elle reste la propriété du destinataire qui n'est pas tenu de la verser aux archives, de sorte que si le poste change de titulaire, le risque de méconnaissance de certaines instructions est grand.

Un autre de ses procédés favoris était l'entretien à "bâtons rompus". Les idées lui venaient alors en foule et il fallait discriminer ce qui avait un caractère urgent et impératif, de ce qui n'était que de simples suggestions, à exécuter dans la mesure du possible. Faute de faire cette distinction, on pouvait être amené à consacrer une grande activité à des tâches sans lendemain. C'est ainsi que l'ayant entendu émettre l'idée qu'en pays Bafia, où il n'y avait pas de villages groupés, mais des cases éparses, il serait souhaitable de dresser, en sus de la carte générale du secteur, des plans de village avec indication de la répartition des malades dans ces cases et des points d'eau, je crus devoir entreprendre, boussole Peigné en main, de dresser ces plans ; mais c'était un travail exténuant qui, chose plus grave, prenait un temps précieux ; je fus contraint d'y renoncer et le patron ne nous en parla plus.

C'est ainsi que jour après jour, la mission s'acheminait vers un succès dont nous ne doutions plus, nous réjouissant à l'avance d'en partager un jour prochain la fierté et la joie avec notre chef. Hélas ! Des jours sombres allaient venir.

J'avais d'abord eu l'intention de taire les accidents qui, à Bafia, firent plus qu'interrompre la carrière de JAMOT mais tarirent aussi à sa source, l'élan généreux qui le caractérisait ; mais le fait qu'ils survinrent dans un secteur dont je fus responsable pendant dix-huit mois me contraignit à en retracer l'origine.

Peu avant de quitter Bafia pour me rendre à Ebolowa où je fus affecté avant la fin de mon séjour, je fus avisé par les agents techniques de l'apparition de cas d'amblyopie ou d'amaurose au nombre d'une vingtaine, dont certains allaient jusqu'à la cécité. Seuls les malades traités à la tryparsamide présentaient ces accidents. Peu enclin aux audaces thérapeutiques, je m'étais toujours maintenu en deçà plutôt qu'au-delà des doses en usage à la mission. La toxicité oculaire de la tryparsamide n'avait à l'époque été signalée par personne. Les injections qui suivaient la dose initiale prescrite par le médecin étaient, il est vrai, faites par des agents techniques, mais je n'avais aucune raison de mettre en doute leur conscience professionnelle. L'un d'eux mourut d'ailleurs à la tâche d'un accès pernicieux.

Je signalai ces accidents au chef de mission qui me répondit, ainsi qu'en fait foi une lettre auto-

graphe qui a été conservée, de lui adresser une note sur les accidents que j'attribuais à la tryparsamide. Je l'eus certainement fait mais n'en eus pas le temps et dus rejoindre mon poste.

Mon successeur jouissait comme nous tous de l'entière confiance de JAMOT ; il fut informé de ces accidents par les agents techniques. Quelles raisons l'incitèrent non seulement à ne pas réduire les doses, mais encore à les augmenter jusqu'à les doubler, voire tripler, sans solliciter d'instructions ? Je pense qu'il y fut poussé par son impétuosité naturelle doublée d'une grande confiance en lui et en son étoile, associée sans doute aussi au désir de réussir à Bafia une extinction spectaculaire du foyer (*).

Après qu'il eut quitté le secteur, l'administrateur de la subdivision rendit compte de l'existence, dans les villages de son ressort, d'un nombre important d'aveugles. JAMOT alerté vint enquêter sur place et, la mort dans l'âme, en dénombra sept cents.

Ce fut un terrible drame. Le Dr BEBEY a rapporté dans sa thèse les raisons pour lesquelles le gouverneur MARCHAND, qui souhaitait en limiter la portée au Cameroun, ne put y parvenir. JAMOT, considéré comme seul responsable, fut durement puni et, sanction qui le blessa au cœur, il ne put jamais revenir au Cameroun.

Heureusement, la "Mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil" avait, quelques années seulement après sa création, atteint ses objectifs. Dès 1930, on pouvait dire que la trypanosomiase n'était plus au Cameroun un facteur important de mortalité, de dénatalité et de dépopulation.

**

Il nous faut maintenant tirer la leçon de ces faits douloureux au double point de vue administratif et déontologique.

Du premier de ces points de vue, il apparaît que JAMOT fut victime de ses méthodes de commandement qui ne peuvent s'appliquer qu'à de petits groupes dont les membres adoptent, tacitement, un certain code de conduite. A l'instar de ces familles — devenues rares — où les enfants répondent par un vous respectueux au tutoiement des parents, les membres de ces petits groupes répondent à la bienveillance et à la camaraderie du chef, par un souci plus grand de mériter sa confiance ; mais il suffit d'un dissident pour que le système bascule.

Et, même si les conditions optimales sont réunies, l'insouciance à l'égard du formalisme ne doit pas s'étendre à la correspondance dont la tenue est essentielle car elle engage autant l'expéditeur que le destinataire. Je suppose que mon successeur fit valoir qu'il n'existait, dans les archives du poste, aucune instruction entravant ou limitant sa liberté de thérapeute ; or, dans les campagnes de masse, effectuées par des agents de l'Etat qui ne sont pas civilement responsables, une telle liberté ne peut être maintenue ; elle aboutirait au surplus à une anarchie incompatible avec le ravitaillement.

Si d'autre part, en se plaçant cette fois à un point de vue déontologique, on tente d'approfondir la genèse de ces accidents, on est conduit à penser qu'il s'en produisit de semblables, bien qu'en plus petit nombre, ailleurs qu'à Bafia. En effet, la toxicité oculaire de la tryparsamide est de nos jours universellement connue ; on admet qu'elle se manifeste par un pourcentage de 15 p. 100 d'accidents allant jusqu'à la cécité et cela avec des doses légèrement inférieures à celles (4 à 6 centigrammes par kilogramme de poids corporel) en usage à la mission (**). On ne peut donc échapper à la conclusion que des amblyopies furent constatées, car elles ne pouvaient toutes passer inaperçues, mais qu'on les considéra comme la "part du feu", ou si l'on préfère, le prix qu'il fallait payer pour blanchir les malades de deuxième période.

Il n'est pas douteux que si ces faits avaient été divulgués, les adversaires de JAMOT s'en seraient emparés, auraient alerté l'opinion et sans doute compromis, de façon irrémédiable, le succès de la mission. Les thérapeutes sont de nos jours habitués aux dilemmes que posent des drogues dont l'efficacité s'associe à une marge de sécurité trop étroite, mais à l'époque, l'opinion non préparée n'eut pas admis de tels risques.

D'autre part, ce que nous savons aujourd'hui de la création de lignées résistantes par la tryparsamide, nous incite à ne pas regretter que les doses n'aient pas été trop réduites car les conséquences eussent pu être désastreuses.

Aucun des trypanocides utilisés à la fin des années vingt n'était capable de réduire à zéro l'index des porteurs de virus mais ce résultat n'était pas nécessaire et JAMOT l'avait pressenti. Selon une certaine conception, les faits épidémiologiques peuvent être réduits à des rapports de population (virus, hôtes réceptifs, immuns). Les rapports numériques de ces populations, la façon dont elles sont

(*) La cruelle ironie du sort voulut que l'affectation de ce médecin au poste de Bafia ait été demandée par JAMOT lui-même qui choisit ainsi le collaborateur qui devait être responsable de son drame professionnel et des conséquences qui en résultèrent pour son œuvre et sa carrière.

(**) Cela paraît d'autant plus probable que Montestruc, dans une conférence faite à Narbonne en 1970, a indiqué qu'à une certaine époque, la tryparsamide fut étendue à toutes les périodes.

réparties dans l'espace, et les divers facteurs physiques ou biotiques auxquels elles sont soumises, impriment à la courbe épidémiologique son allure générale. Dans le cas de la maladie du sommeil, les populations en interaction sont celles du trypanosome, du vecteur glossine et de l'hôte humain. On est généralement mal renseigné sur l'importance de la population glossinienne, mais contrairement à ce que le bon sens suggère, la relation entre les chances de contamination et le nombre des porteurs de virus n'est pas nécessairement linéaire^(*); celles-là décroissent parfois plus vite que celui-ci. Il en découle qu'au-dessous d'un certain seuil, il n'y a pratiquement plus de transmission; l'affection est dite "contrôlée".

*
**

Ainsi, JAMOT nous apparaît comme un homme pour qui l'action était une nécessité presque vitale. On a dit de lui qu'il avait été un "idéaliste réalisateur". Je ne pense pas que le premier de ces qualificatifs le définisse fidèlement en raison de la connotation utopique qui lui est souvent associée. JAMOT était certes un homme au cœur généreux totalement désintéressé; il avait en outre la faculté, précieuse chez un médecin, de compatir au sens étymologique, c'est-à-dire de souffrir de la souffrance d'autrui. Mais il était en même temps réaliste. Il n'y avait en lui nul Don Quichottisme. S'il se fixait un objectif, c'était qu'après avoir, avec un sens aigu du possible, évalué les difficultés de l'atteindre, il avait acquis la certitude d'y parvenir. Il excellait à écarter de sa route l'inutile, les flagelles coupés en quatre. Ses plans avaient la simplicité élégante où les géomètres grecs, qui la prisait par-dessus tout, voyaient la marque du génie; c'était un esprit classique et géométrique.

Mais ne voir en JAMOT que le vainqueur de la maladie du sommeil serait restreindre le sens et la portée de son œuvre. On ne devrait pas oublier qu'il fut l'initiateur d'une approche révolutionnaire des problèmes de santé publique en Afrique tropicale. A la fin des années vingt, on ne concevait encore l'action sanitaire dans les échelons ruraux que sous la forme de petites formations, ou de dispensaires, espacés parfois de centaines de kilomètres et dont la totale inefficacité n'était même pas perçue. JAMOT comprit qu'il ne suffirait pas de mettre à la disposition des villages éloignés des infirmiers mal équarris, du genre de ces "médecins aux pieds nus" que les snobs, un temps, admirèrent, et dont un

officiel chinois a pu dire récemment qu'il "était grand temps qu'on les priât d'aller se chauffer"; il montra qu'il fallait aller aux malades, non pas certes les pieds ou les mains nus, mais avec des équipes instruites, parfaitement informées de ce qu'elles avaient à faire, et munies des moyens appropriés. De plus, comme il est vain de vouloir tout résoudre en même temps, et que tout n'est pas également important, il était nécessaire de hiérarchiser les problèmes, et de les attaquer successivement.

Bien que l'objectif numéro 1 ait été pour JAMOT la maladie du sommeil qu'il fallait gagner de vitesse, nous avons, dès 1926, reçu de lui des instructions pour recueillir, chemin faisant, à la condition que notre marche n'en fut pas ralentie, toutes les informations susceptibles d'amorcer ce que le patron appelait le "casier sanitaire" du village (démographie, nosologie, hygiène générale, point d'eau, ressources alimentaires). Il y avait en germe dans ces premières instructions les futures "Sections du SGHMP" (**), mises au point en A.O.F. par JAMOT lui-même et par ses continuateurs tels que MURAZ, LE ROUZIC, JONCHÈRES, MASSEGUIN, RICHEL. Ces organismes constituaient au début des années 50 des instruments d'une grande souplesse, parfaitement adaptés à leurs missions respectives et disposant à la fois d'organes mobiles de prospection et de laboratoires de recherche.

Lorsque les fédérations francophones d'Afrique tropicale éclatèrent, on pouvait craindre la disparition des structures qui avaient fait leurs preuves. Préserver l'essentiel était une tâche ardue, et il fallut le prestige et l'ascendant du Médecin général RICHEL pour la mener à bien. Mais on ne doit pas se faire d'illusion: l'hostilité sourde à laquelle les services mobiles sont en butte se manifesterait encore. Certains ne parviennent décidément pas à se départir de leur prévention à l'égard de ces services. La formule aujourd'hui admise par eux est celle de la "couverture totale par les services médicaux de base". Cette belle formule correspond à une infrastructure médico-hospitalière étendant ses ramifications aux plus lointains villages, doublée du réseau de communications et de transmission assurant, en principe à tous, les bienfaits de la médecine individuelle; ce qui revient en somme à aligner les pays tropicaux pauvres sur les riches pays de l'occident. Il s'agit, on le voit, d'un vœu pieux.

Il est remarquable que les dirigeants africains aient eu la sagesse de répondre qu'une telle évolu-

(*) On ne comprendrait pas sans cela, qu'avec un arsenal que tout spécialiste estimerait aujourd'hui peu efficace, voire dangereux, JAMOT ait abaissé la morbidité des Djems d'Abong Mbang de 85 p. cent à 15 p. cent en quatre ans.

(**) Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie.

tion, souhaitable à échéance encore lointaine, était, pour le moment, utopique et ne "devait pas conduire à un abandon prématuré, et qui pourrait être désastreux, des formes de lutte contre les grandes endémies qui avaient fait leurs preuves". Paroles de bon sens auxquelles on ne peut que souscrire. Les spécialistes du "Service de santé de base" n'ont généralement pas l'esprit "santé publique"; l'approfondissement vertical d'une discipline prive souvent celui qui s'y adonne de la faculté d'embrasser l'ensemble; il voit l'arbre, pas la forêt. Je me souviens de l'étonnement qu'éprouvèrent, en 1927, les médecins de l'hôpital de la mission protestante américaine, lorsque CHAMBON, ayant obtenu l'autorisation d'examiner le personnel africain, y dépista une demi-douzaine de trypanosomés. Il y avait là un chirurgien, un gynécologue et un généraliste: l'idée qu'il pouvait y avoir une maladie importante et grave à dépister en dehors de leurs spécialités, ne les avait pas effleurés.

JAMOT, sans bien sûr condamner la médecine curative hospitalière traditionnelle, avait compris que dans les régions qui nous occupent ici, si cette forme d'activité est une pièce essentielle de l'infrastructure sanitaire qui doit se développer de jour en jour, il n'en est pas moins certain qu'elle n'a jamais pu et ne pourra pas résoudre les problèmes sanitaires des zones rurales tropicales en raison de leur imbrication avec des conditions écologiques et socio-économiques spécifiques, et cela aussi longtemps que ces conditions n'auront pas été profondément modifiées. En effet, dans les régions tropicales qualifiées par euphémisme de "pays en voie de développement", la population, rurale dans la proportion de 75 à 90 p. 100, est à la fois peu dense et répartie sur d'immenses étendues, où le réseau de communication est maigre, le niveau de vie bas, et les endémies agressives. Une formation sanitaire moyenne située aux confins de la brousse est-elle au moins capable d'informer? La réponse est hélas négative. On sait depuis longtemps que les statistiques hospitalières de ces zones en reflètent mal la géographie médicale. Au surplus des activités essentielles telles que la protection maternelle et infantile, les vaccinations, l'éducation sanitaire et l'assainissement au sens large leur échappent complètement.

De plus, une évaluation du rendement doit tenir compte des contraintes d'espace et de temps. Si un

cercle de 6 kilomètres de rayon, ayant la formation pour centre, n'est desservi que par de mauvaises pistes et une route unique, et si de plus le prix des rarissimes transports les met au-dessus des ressources du paysan, il devient clair que la fraction de la population pouvant bénéficier des services de l'hôpital sera réduite.

*

JAMOT a donc été l'exemple parfait du médecin militaire de formation pastorienne, brûlant de l'impatience d'agir, qui, dès ses premiers contacts avec l'Afrique tropicale va droit à l'essentiel, les grandes endémies, définit par un travail acharné les limites de la plus redoutable d'entre elles, crée à la fois la méthode et l'instrument de la lutte et obtient en peu d'années des résultats inespérés dont l'unité de mesure est la dizaine de milliers. Il perçoit de plus la possibilité d'appliquer sa méthode aux autres endémies et sa doctrine, étendue peu à peu par ses continuateurs aux divers territoires dépendant de la France, aboutit à un bilan exposé d'autre part, qui n'a jamais été égalé dans aucun pays au sud du Sahara. Son activité ne se relâche jamais, car il sait que l'Afrique a besoin d'efficacité et non de beau langage; pour lui, l'action est tout, le verbe rien...

*

Nombreux sont ceux qui, parmi les médecins tropicalistes du Service de santé des armées, ressentent avec une certaine amertume l'oubli qui recouvre la personne et l'œuvre de JAMOT. En effet, si certains ont eu une renommée mondiale pour avoir mené en Afrique noire une œuvre, certes généreuse, mais ponctuelle, sans originalité ni lendemain, JAMOT, lui, n'a connu qu'une brève période de notoriété puis est tombé dans l'oubli complet si l'on excepte une poignée de collaborateurs et d'amis fidèles et quelques spécialistes.

L'hommage rendu ici au Médecin colonel JAMOT mettra peut-être un baume sur une vieille blessure. Puisse-t-il susciter chez les esprits originaux, créateurs et généreux, des vocations de tropicalistes qui continueront avec les moyens modernes, l'œuvre de JAMOT.

EUGENE JAMOT : SON ŒUVRE

par

le Médecin général inspecteur P. RICHET

Le 26 avril 1937, à Saint-Sulpice-les-Champs, on inhuma en sa terre creusoise celui qui avait tant donné à l'Afrique, celui-là même qui, lançant en 1917 sur les rives de la Fafa, un affluent de l'Ouham, sa première équipe de prospection en Oubangui-Chari avait prophétisé pour les sceptiques et les incroyables : "Je réveillerai la race noire".

Cependant, en Eugène, Léon, Clovis JAMOT, disparaissait, trop tôt, miné par les soucis et les regrets, un être singulièrement attachant et complexe, une âme d'une fascinante noblesse, un cœur plein d'affection pour les déshérités.

Seuls, les rares survivants de la célèbre mission camerounaise pourraient encore témoigner de la fascination qu'exerçait JAMOT sur ceux qui l'entouraient : par son exemple d'infatigable prospecteur physiquement taillé dans le granit, par la rigoureuse mais lumineuse simplicité de ses méthodes, par la bonté, le besoin d'être aimé qu'il irradiait littéralement, aussi par cette simplicité, cette bonhomie ensorcelante d'homme de la terre qui lui conféraient le don si rare de conquérir d'emblée la confiance et les cœurs.

C'est en janvier 1933 que je l'ai connu, au cours de mon premier séjour en Afrique alors que j'étais le médecin-chef du rude cercle sahélien de N'Guigmi.

En bordure du village, le poste était, il doit être encore, un vieux fortin militaire éclatant de blancheur sous l'écrasant soleil, près de la rive nord du lac Tchad, pas très loin de la frontière de l'Afrique équatoriale à l'est, un peu plus de la Nigéria anglophone au sud.

Il ne passa que quelques journées parmi nous au cours desquelles nous prospectâmes toute la population.

C'était mon premier contact avec l'homme et sa doctrine.

Il irradiait de bonté, d'indulgence, du plaisir d'expliquer, de former le néophyte ; j'en fus profon-

dément marqué et je crois qu'il eût décidé de ma vocation si, sans que j'en fusse conscient, elle n'eût déjà été en moi si fortement ancrée : on doit naître épidémiologiste...

Il semblait de roc avec son teint fleuri de rude paysan creusoise, son œil pétillant de malice et ce sourire d'une étonnante jeunesse empreint tout à la fois d'une astuce amusée et d'une avide crédulité.

Il se savait pourtant déjà atteint : quelques semaines auparavant, à Ouagadougou, la rude et nostalgique capitale voltaïque des années trente, il avait eu, au retour d'une prospection des rives du Bani, au Soudan — l'actuel Mali — une violente crise d'angor. Dès qu'elle fut passée, il poursuivit ses tournées, conscient de ce qu'il lui restait peu de temps pour arriver au terme du bilan qu'il s'était fixé. Ces sombres prémisses n'étaient point trompeuses.

Dès sa prime jeunesse, l'excellent élève surdoué fut un enfant turbulent, véritable petit chef de bande aimant l'école buissonnière et le chahut et ayant de l'ascendant sur ses camarades.

Le futur "gagneur" de la maladie du sommeil commença sa carrière comme calme répétiteur et professeur adjoint titulaire d'une licence de sciences et ne vint que tardivement à la médecine tropicale en 1910 — à plus de trente ans —, par la voie d'un concours latéral d'entrée à l'Ecole d'Application du Service de santé des troupes coloniales du Pharo.

Au cours de son premier séjour si brillant en campagne comme médecin-chef du bataillon opérationnel du Ouadaï, avec son camarade POUILLOT qui fut tué au cours des combats, le géologue passionné qu'il était demeuré s'intéressa presque autant à l'histoire naturelle qu'à l'épidémiologie. Et la chronique du bataillon nous a appris qu'il rentra du Tchad avec une première citation bien méritée mais aussi, avec autant de cailloux récoltés au cours de quelques périlleuses fugues scientifiques que de notes sur la "géographie médicale du Ouadaï".

Homme d'action s'il en fut, puissant organisateur, un "seigneur" disaient ses médecins subjugués, demeuré au fond un grand timide auquel étaient indispensables pour qu'il fût vraiment lui-même l'affection et la totale approbation de ses collaborateurs.

Logisticien au jugement sûr, pastorien tout de finesse, à la méthode infaillible, resté d'une désarmante naïveté d'enfant face à l'incompréhension butée de certains de ses pairs qu'il dérangeait dans leur routine et, hélas, de quelques-uns de ses grands chefs.

Technicien émérite et sûr, fait pour commander, obtenant tout de ses subordonnés, préférant cependant, suprême élégance, convaincre qu'imposer ses directives.

Dur, exigeant, parfois injustement critique envers lui-même, mais incapable d'accabler voire de simplement sanctionner un jeune camarade coupable de lourde faute thérapeutique.

Désarmé devant l'injustice ; homme de dialogue et de culture pourtant capable de terribles colères quand la mission qu'il estimait sacrée risquait d'être compromise par l'incompréhension de quelque haut responsable.

Il devint même parfois grossier, notamment face à certain proconsul plus soucieux de l'essor économique de son territoire que de la vie de ses administrés.

Il nous faut maintenant, difficile entreprise, tenter d'esquisser l'œuvre de JAMOT à partir de ses débuts.

Rentré en France après le Ouadaï, JAMOT, désormais sûr de son irrésistible vocation, suit avec passion de 1913 à 1914 les cours de l'Institut Pasteur de Paris ; il est nommé sous-directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville.

Mais la guerre est là : c'est la mobilisation sur place, le départ comme médecin-chef de la colonne Sangha-Cameroun, de brillantes citations récoltées, car ce rude terrien est décidément un beau soldat. Puis, après l'occupation définitive du Cameroun ex-allemand par les alliés, c'est le retour en 1916 à Brazzaville où notre homme devient directeur de l'Institut Pasteur.

Après l'Allemand colonisateur, c'est désormais contre un tout autre ennemi, encore plus redoutable et multiple, qu'il va engager les hostilités.

Tout porte à penser que, au cours de la longue campagne Sangha-Cameroun, JAMOT, avec sa finesse et son réalisme avait eu, d'emblée, la révélation de la complexité du drame de la trypanosomiase et déjà conçu la méthodologie, relativement simple pourtant, à opposer à un tel fléau.

NAISSANCE DE LA METHODE

Contrairement à ce que l'on croit parfois, ce n'est pas au Cameroun mais dans l'ex-Oubangui-Chari — l'actuel Empire Centrafricain — que JAMOT mit définitivement sa méthode au point et livra son premier combat victorieux contre la maladie du sommeil.

Certes, dès 1908, une mission d'étude de la maladie au Congo français avait dressé un rapport alarmant sur le développement rapide, continu de l'endémie en Afrique équatoriale ; elle avait été le point de départ d'un essai de lutte contre le mal mais la première guerre mondiale était venue interrompre les efforts et anéantir les quelques résultats amorcés.

La trypanosomiase étendait ses ravages au point, qu'en 1916, le gouverneur général MERLIN confiait au docteur JAMOT revenu de la campagne victorieuse Sangha-Cameroun le soin d'organiser un Service de prophylaxie sur des bases nouvelles.

Selon une méthode que lui, Eugène JAMOT, venait d'exposer à Brazzaville, lors d'un conseil d'hygiène dont il était le rapporteur et qu'il affirmait devoir se révéler parfaitement efficace.

Elle le fut au-delà même de ses espérances.

En quelques formules révolutionnaires à l'époque mais lumineusement simples, les moyens indispensables étaient d'emblée définis.

Il s'agissait de quelques idées-forces, tellement rigoureuses qu'on a souvent parlé de postulats et, pour leur application, de corollaires :

— Médecine de l'avant, offensive, exigeant mobilité extrême et rude itinérance au service d'une foi bien trempée ; le malade, innombrable, est essaimé en petits villages sur d'immenses étendues, souvent loin de toute piste.

— Un succès massif, rapide, implique un dépistage total de *tous* les malades, donc la présence de toute la population — parfois peu coopérante — en des centres de rassemblement, donc une collaboration totale mais parfois marchandée des autorités administratives. A moins que, et ce fut parfois réalisé en des zones particulièrement névralgiques, le cumul des fonctions médicales et administratives ait été accordé à des chefs d'équipes.

— Quadrillage rationnel des territoires contaminés en Secteurs délimitant parfaitement le champ d'action de tout médecin et de ses équipes.

— Recrutement et formation pratique accélérée de personnels sous-officiers européens — pas toujours infirmiers au départ — et d'auxiliaires congolais

quasi analphabètes mais parfaitement capables d'exécuter les gestes simples et toutes les opérations standardisées à l'extrême du dépistage microscopique et du traitement à la chaîne.

— Dogme de la polyvalence : si le mortel incendie trypanique qui efface les villages exige présentement en toute priorité la quasi-exclusivité des moyens, on procédera dès qu'il sera possible, voire dès maintenant, à tous les dépistages et traitements prophylactiques des autres endémies permis par les contraignants rassemblements de population et la mise sur pied des circuits réguliers de traitement.

— Bien sûr, tous résultats de méthodes aussi efficaces exploités sur une très vaste échelle seront suivis par le truchement d'indices, graphiques simples, rapports lapidaires parfaitement codifiés.

— Surtout, surtout, le tout exigera, triade draconienne, un triple postulat : unité de direction, affranchissement des frontières administratives, autonomie triple elle-même : budgétaire, administrative, technique.

Toutes les opérations de dépistage et de stérilisation codifiées dans les plus petits détails, c'est avec des équipes ainsi fabriquées — le mot est juste — que JAMOT visitera d'août 1917 à mai 1919 tous les villages d'une immense zone étendue de la boucle de l'Oubangui aux environs de Fort-de-Possel jusqu'à la frontière militaire du Tchad : 100.000 habitants représentant alors le quart de la population totale de l'ex-Oubangui-Chari répartis sur une superficie de 100.000 kilomètres carrés.

Des 89.743 habitants visités, 5.347 furent reconnus trypanosomés. D'importants foyers épidémiques furent maîtrisés, les indices de morbidité diminuèrent de 65 p. 100 dès les premières opérations et les index de nouvelle contamination s'effondrèrent rapidement dans la proportion de 54 à 90 p. 100 grâce à la réduction rapide de la masse de "virus circulant".

Il était ainsi prouvé qu'il était non seulement possible mais relativement facile avec de la méthode, beaucoup de dynamisme, des moyens simples bien adaptés, de contrôler le fléau, l'endiguer et, qui sait, à la longue entrevoir son éradication en conjuguant à la lutte contre le flagellé une campagne de prophylaxie agronomique contre le vecteur.

Mais il nous faut revenir au Cameroun où l'endémie sommeilleuse flambait alors.

CAMPAGNE ANTISOMMEILLEUSE DU CAMEROUN (1921-1931)

Selon les documents allemands trouvés à Ayos, le capitaine VON STEIN avait, en 1901, pour la première fois signalé un foyer de trypanosomiase à l'est d'Atok sur le Nyong Supérieur.

Puis, en 1910, les médecins allemands avaient rempli avec 416 malades leur premier camp de ségrégation d'Akonolinga et le fléau faisait déjà rage sur les rives du haut Nyong.

En 1913, les Allemands avaient bien tenté de dresser un vaste programme de dépistage avec des moyens importants pour l'époque, mais aucun document vraiment exploitable n'a pu être retrouvé sur l'effort entrepris.

Nous savons seulement qu'en 1912, les vallées du Long et de l'Ayong (docteur STECHELE) étaient largement contaminées, que les Makas du nord, à l'est de Bertoua, présentaient en 1913 (docteur SCHACHTMEIER) 22 p. 100 de trypanosomés, que les tribus riveraines du haut Nyong étaient fortement atteintes — 1.127 malades traités au camp d'Ayos — et que la maladie gagnait la région de Lomié et le bassin du Dja.

Le fléau n'était donc pas localisé aux rives du Nyong, avant la première guerre mondiale ; en 1914, la maladie avait déjà fait tache d'huile et, lorsque le conflit éclata, une lutte certaine mais dispersée avait été déjà engagée contre elle par nos confrères allemands.

— Dès les premières années de la présence française, la maladie fut signalée en 1916 par nos médecins de Yaoundé et de Doumé puis, de 1917 à 1920, les bassins du Nyong et de la Sanaga furent inventoriés par JULLEMIER et JOJOT qui, au début de 1920, organisa le secteur du haut Nyong groupant les trois subdivisions d'Akonolinga, d'Abon-Mbong et de Doumé. Avec HUOT, sur 70.000 habitants visités en 26 mois, JOJOT dépista 8.548 trypanosomés.

En mars 1922, JAMOT est appelé à poursuivre la lutte entreprise par JOJOT. Son équipe de médecins est composée de DE MARQUEISSAC, CORSON, EVRARD, ODEND'HAL, MARQUAND avec lesquels il fouille le secteur du haut Nyong où 33.537 habitants (soit 29,7 p. 100 de la population) sont reconnus trypanosomés.

JAMOT se rend vite compte que la maladie a largement débordé sur les groupements voisins, se révèle inquiétante au nord, au nord-ouest, à l'est de Doumé et progresse activement dans la direction de Yaoundé.

Mais à l'époque, de tels obstacles lui sont opposés par une administration désireuse avant tout, pour des raisons politiques et économiques, que le spectre de la trypanosomiase ne soit pas brandi, qu'il doit momentanément diriger le principal de ses efforts vers le nord où le regretté BOUILLEZ avait, dès 1914, observé les premiers cas dans les environs de Fort-Archambault et créé en 1919 le secteur de prophylaxie du Moyen-Chari.

JAMOT découvre alors la haute infestation des rives du Chari, du confluent Logone-Chari, du foyer endémo-épidémique de la subdivision camerounaise de Fort-Foureau où 1.948 trypanosomés sont dépistés sur 29.366 habitants visités.

Dans le même temps, au sud, la prospection de la région de Bafia permet le dépistage de 1.446 trypanosomés sur 11.092 sujets examinés.

La trypanosomiase flambe donc de partout ; JAMOT se pénètre chaque jour davantage de la nécessité inéluctable d'obtenir la mise sur pied d'un Service spécial *autonome* puissant, bien équipé, s'adressant tout au moins momentanément, à une lutte exclusive contre l'incendie sommeilleux : "on n'éteint pas un incendie avec un compte-gouttes", aime-t-il dire..., malgré le scepticisme, le défaitisme, l'opposition même de certaines hautes autorités administratives voire médicales.

JAMOT, rentré en France à la fin de 1925, entreprend une vaste campagne d'information heureusement soutenue par d'éminentes personnalités scientifiques, mais il ne fallut rien moins que l'énergie du remarquable gouverneur MARCHAND, Commissaire de la République au Cameroun, pour obtenir enfin du ministre des Colonies, la création de la "Mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil" par arrêté ministériel du 8 juillet 1926.

Dès la fin de 1926, sept équipes de prospection armées chacune de 8 à 14 microscopes, battirent la brousse et la forêt sur toute l'étendue de la zone contaminée.

A la fin de 1928, un bilan précis de la situation était établi et une carte complète dressée de la répartition de la maladie du sommeil au Cameroun.

Le territoire sous mandat fut divisé en trois catégories de zones suivant l'intensité du mal :

— les zones épidémiques comprenant les zones-foyers du Nyong, de Deng-Deng Bertoua et de Batouri ;

— les zones endémo-épidémiques à indices tantôt supérieurs, tantôt inférieurs à 15 p. 100.

Elles représentaient les cinq foyers de Doumé (13,8 p. 100), de Nanza-Eboko (15,5 p. 100), des Monguissas et des Etons voisins de la Sanaga (6 à 26 p. 100 de malades), de Sangmelina.

— les zones de transition étaient celles accusant des taux de contamination nettement moins élevés.

On atteignit un total de 115.354 trypanosomés dépistés parmi 663.971 habitants examinés, sur 800.000 habitants recensés, ce qui représentait un taux moyen de contamination de 17,4 p. 100.

Ces 115.000 malades furent pris en compte par les équipes mobiles de traitement et JAMOT put estimer qu'avec l'arsenal thérapeutique comportant surtout les vieux arsenicaux pentavalents (parfois associés aux stibiés et à l'arsénobenzol) dont il disposait alors, les 2/3 environ de ces malades avaient été sauvés.

On a pu évaluer que, rien que de 1927 à 1928, près d'une tonne d'Atoxyl et 600 kilos de Tryparamide avaient été injectés à ces sommeilleux.

Il n'est pas possible d'étudier ici longuement dans le détail les résultats obtenus par la Mission après 4 ans de lutte intensive dans les différentes subdivisions ou tribus des trois sortes de zone ci-dessus rappelées, mais on peut dire qu'ils ont été remarquables, les index de morbidité nouvelle s'effondrant rapidement, par exemple et pour ne citer que quelques chiffres :

- chez deux groupes Mvélés de la subdivision de Yaoundé :
de 36 et 52 p. 100 à 0,9 et 1,3 p. 100 ;
- chez les Badjoués de Lomié :
de 60 p. 100 en 1926 à 4,1 p. 100 en 1930 ;
- à Bertoua et à Deng-Deng :
de 28,6 p. 100 à 0,2 p. 100.

La mortalité décrut parallèlement et la natalité progressa. Dans le haut Nyong qui paya jadis le plus lourd tribut, on assista à de véritables résurrections, au "réveil" de tribus entières. Et l'on pouvait affirmer en 1930 que, grâce à la Mission JAMOT, la maladie du sommeil n'était plus au Cameroun un facteur important de mortalité, de dénatalité et de dépopulation.

Il en était hélas tout autrement en Afrique Occidentale Française de l'époque. Mais n'anticipons pas et suivons JAMOT qui, rentré en France en 1931 — c'était alors l'exposition coloniale — auréolé du triomphe de sa mission, désireux de réveiller définitivement son Afrique bien-aimée, en maintenant la mission camerounaise et en étendant ses méthodes au reste démesuré du continent noir sommeilleux, multiplie les conférences — appuyées par des films éloquentes — devant des auditoires de haut niveau scientifique.

Il est alors couvert d'honneurs et de distinctions, il frôle même le prix Nobel... D'illustres écrivains-journalistes : Pierre MILLE, René MARAN lui offrent la suprême consécration : celle du grand public.

C'en est trop. La roche tarpéienne est près du Capitole...

Certes, JAMOT a beaucoup plus d'amis et de fervents admirateurs que d'adversaires mais ceux-ci sont dangereux et puissants.

A-t-on idée d'obliger tout le monde à travailler, à concourir aux recensements démographiques exhaustifs, aux rassemblements draconiens des paisibles populations, de brandir partout le spectre du fléau trypanique si dommageable aux projets d'essor économique, de vouloir imposer des méthodes de dépistage et de thérapeutique standardisées, à la chaîne, contraires à la liberté et à la médecine individuelles, en somme de déranger de paisibles populations qui auraient disparu depuis des siècles si le trypanosome était vraiment un tel fléau.

Ce qui paraît surtout intolérable à certains, c'est que JAMOT, délié des contraintes locales, de l'affranchissement des servitudes sacro-saintes des frontières administratives dispose alors d'un pouvoir très inhabituel pour un médecin. Et les vieilles accusations de se réveiller : mégalomanie - Etat dans l'Etat... méthodes paternalistes de "médecine de masse contraires à la dignité humaine".

Un triste et grave accident thérapeutique — pour lequel il fut prouvé que JAMOT n'était absolument pas en cause — et qui révéla de sa part son infinie bonté et beaucoup de naïveté puisque le seul coupable ne fut pas sanctionné, donna à la cabale des tristes contempteurs l'occasion et le prétexte inespérés ; en route pour le Cameroun, JAMOT est arrêté, retenu, sanctionné et quasi inutilisé de longs mois à Dakar.

Long épisode infiniment triste, qui ternit beaucoup la gloire de quelques très hautes personnalités (*) disparues. Il faut lire la très belle thèse du médecin camerounais BEBEY EYIDI (**) dont certaines pages constituent le procès des terribles injustices que connut JAMOT.

Elles donnent la mesure de sa grandeur d'âme. Et il me plaît que cette thèse ait été l'œuvre d'un fils de ce Cameroun, un de ceux qui ont personnellement connu en leur enfance la désespérance des malheureuses tribus équatoriales peuplant ces régions à "sommeil" que les romanciers des années trente avaient mises à la mode sous le titre de "clairières d'épouvante".

Il me plaît aussi que cette thèse ait été inspirée, patronnée, préfacée par notre regretté ami le ministre docteur AUJOLAT — AUJOLAT l'Africain... —

avec nous l'un de ceux à pouvoir le mieux porter témoignage impartial sur JAMOT et son œuvre.

LA CAMPAGNE D'A.O.F. (1932-1935)

Et pourtant, il faut bien admettre et reconnaître que l'in vraisemblable disgrâce d'un JAMOT fut finalement bénéfique, fructueuse pour l'ex-A.O.F.

En effet, pareille injustice ne pouvait durer et, au début de 1932, le médecin-colonel Eugène JAMOT était brusquement chargé d'organiser la lutte contre la maladie du sommeil pour l'ensemble de la Fédération de l'ex-A.O.F. où l'endémie-épidémie se révélait de plus en plus menaçante.

Quelle était donc la situation en la Fédération ?

Connue depuis longtemps, signalée et étudiée au siècle précédent par les Médecins de la Marine sur la côte d'Afrique (CORRE, 1876) sur les transports et aux Antilles (GUERIN, 1869), l'« hypnosie » reconnue microscopiquement au début du siècle au Sénégal par nos pastoriens (Gustave MARTIN, 1905 ; THIROUX, 1907), longtemps niée par des incompetents et par des personnalités intéressées, était signalée un peu partout dans les ex-colonies lorsque, en 1920, la Commission de la pathologie exotique chargée de faire le point sur sa répartition concluait à son ubiquité dans l'aire très vaste de dissémination des deux glossines vectrices *G. palpalis* et *G. tachinoïdes*.

Les sept colonies de l'époque apparaissaient dangereusement atteintes.

En 1926, HERIVAUX découvrait au Togo le grand foyer contigu à ceux, dahoméens — béninois aujourd'hui — de l'Atacora, régions où le regretté MONTISTRUC illustre alors l'existence de l'endémicité en contractant lui-même et pour la deuxième fois la trypanosomiase au cours d'une mission d'inspection.

En 1932, la morbidité et la mortalité devenant de plus en plus inquiétantes, JAMOT se voyait donc chargé d'organiser la lutte en Afrique Occidentale Française.

Il arrive à Ouagadougou en juillet 1932, y amenant les 16 infirmiers spécialisés que le Cameroun avait laissés à sa disposition.

D'emblée, il y organise des groupes de prophylaxie, donc des équipes, identiques à celles qui avaient si bien fait leurs preuves ailleurs, recrute

(*) L'une d'elles, une très haute autorité politique sénégalaise, a dit aux approches de sa mort : « Pour Jamot, je regrette, j'avais été très mal informé ».

(**) "Le Vainqueur de la maladie du sommeil". Le Docteur Eugène JAMOT (1879-1937).

sur place d'autres Africains, les forme avec l'aide du Révérend Père docteur GOARNISSON, crée l'École — de prestigieux souvenir, l'École JAMOT qui gardera son nom après son transfert en 1944 à Bobo-Dioulasso — et, prêchant d'exemple comme toujours, cet homme de 53 ans recommence de parcourir les savanes et la forêt, contrôlant le travail de ses équipes, soutenant le moral de chacun, ranimant la flamme qui vascille quelquefois lorsque l'aide administrative est mesurée, et que la compréhension des malheureuses populations est par trop insuffisante.

Les médecins chefs d'équipe, issus pour la plupart des promotions sorties du Pharo dans les années 25 à 30, subjugués par un tel "Patron", serviront avec un dévouement égal à "ceux de la mission du Cameroun".

Les résultats ne se font pas attendre : si partout l'affection "flambe", comme au Cameroun en 1926, cependant malgré la modicité relative des moyens alloués aux "Groupes de prophylaxie" mis à la disposition de JAMOT, le nombre des dépistés au dernier jour de l'année 1934 dans l'ensemble de la Fédération atteint 51.549 ce qui, avec les 16.000 malades recensés au Togo en mai 1934, conduisait à un total de près de 68.000 trypanosomés.

Encore faut-il noter qu'au 31 décembre 1934, la prospection méthodique à la JAMOT n'avait encore touché qu'une partie seulement des régions infectées.

Dans l'étendue de la Côte-d'Ivoire — comprenant alors la Haute-Côte-d'Ivoire qu'était la Haute-Volta, la plus éprouvée par la cruelle atteinte de ses énormes foyers Bobos-Mossis, Dagaris, Lobis, etc. — les deux-tiers des habitants à grand peine avaient pu être visités.

De plus, l'insuffisance numérique du personnel microscopiste et la légèreté des équipes trop peu étoffées, ne permettaient d'autre examen que celui du suc ganglionnaire des adénopathiques, examen notoirement insuffisant à révéler la quasi-totalité des malades.

Un grand nombre de malades — un bon tiers estimait JAMOT — avaient alors échappé à ce qui n'était en fait que de bien méritoires coups de sonde épidémiologiques, des bilans provisoires.

Le vrai stratège médical qu'il était, persuadé de l'importance du travail de dépistage qui restait à entreprendre, préconisa alors la mise sur pied d'un Service spécialisé jouissant d'une pleine autonomie, de moyens et de crédits importants, en somme d'une organisation calquée sur celle qui avait remporté la victoire dans la campagne du Cameroun.

Il ne fut pas entendu, malheureusement, bien plus les critiques recommencèrent.

L'Académie des sciences coloniales eut beau dans sa séance du 7 novembre 1935 appuyer ses vues et demander que fussent établis sans délai les services spéciaux tant au Cameroun et en A.E.F. qu'en A.O.F. et au Togo, ni le Ministère des Territoires d'outre-mer, ni les hautes autorités locales ne voulurent admettre sa conception.

Ulcéré, malade, épuisé, JAMOT demanda et obtint sa mise à la retraite en 1935.

Les directeurs locaux du Service de santé estimant que la trypanosomiase, désormais parfaitement connue, était décidément "une maladie comme une autre" firent admettre et obtinrent aisément — JAMOT était si gênant ! — que la responsabilité et la charge de la lutte contre la trypanosomiase leur soient désormais dévolues, tout comme celles des autres endémies régnantes et de l'assistance médicale courante, à charge pour eux d'organiser cette campagne selon leurs propres conceptions non seulement logistiques mais même parfois thérapeutiques avec les risques de posologies agressives et cécitantes.

Les conséquences de ces aberrations furent déplorables : de 70.000 trypanosomés en fin 1934, le nombre augmentant chaque année dépassait très largement 150.000 en 1938.

Je pourrais citer un exemple personnel de cette époque 1936-1938 : médecin-chef du populeux Cercle voltaïque du Tenkodogo, j'y dépistai dès mon arrivée et résorbai facilement deux foyers de trypanosomiase — Zidre et Youga — en deux subdivisions réputées à tort comme indemnes de maladie du sommeil.

Les pauvres cases en ruine, le nombre de malades en "2^e période avancée" et les renseignements fournis par la malheureuse population subsistant encore attestaient pourtant que l'endémie était installée là depuis longtemps, conditionnée par des bois sacrés infestés de glossines. Comment pouvait-on la méconnaître depuis des lustres ?

Mais la voix de quelques chefs du Service de santé particulièrement éclairés et combatifs : SICE au Soudan, LEFROU en Haute-Volta, des pastoriens comme JAMOT... n'allait pas tarder à s'élever. Un rapport écrasant de LEFROU, d'autres cris d'alarme, vont susciter la mission sur place de l'Inspecteur général de la France d'outre-mer HUET et, enfin, le 20 janvier 1939, la création par le grand ministre que fut Georges MANDEL, d'un "Service général autonome de la maladie du sommeil en Afrique Occidentale Française et au Togo".

Il sera dirigé, organisé de main de maître, rigoureusement selon les méthodes de JAMOT, par un

autre grand acteur de la médecine tropicale : le médecin-colonel Gaston MURAZ, celui-là dont j'eus l'honneur d'être l'adjoint et qui avait organisé, avec quelle maîtrise, le Service de la maladie du sommeil en Afrique Equatoriale pendant que son ami JAMOT s'illustrait au Cameroun.

La rigoureuse logistique de JAMOT appliquée par le remarquable organisateur que fut aussi MURAZ, aboutit en A.O.F.-Togo aux excellents résultats que l'on sait : ils dépassèrent les prévisions les plus optimistes.

En dépit des invraisemblables difficultés de la dernière guerre mondiale — mobilisation de nombreux personnels, carence en véhicules et en carburants — qui obligèrent médecins et infirmiers transformés en apôtres à prospecter en gazogènes, puis à bicyclette, puis... à pied — l'effort de MURAZ (1939-1942) — puis de son successeur LE ROUZIC (1942-1949) fut tel que, dès 1944, la bataille était gagnée, la trypanosomiase endiguée, éradicable a-t-on même pu penser alors.

A tel point qu'après la Conférence de Brazzaville de 1944, devant ces résultats, le Service général autonome de la maladie du sommeil put, à l'instigation du Médecin général inspecteur VAUCÉL, changer de sigle et devenir le polyvalent S.G.H.M.P., Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie qui prit la charge des autres grandes endémies.

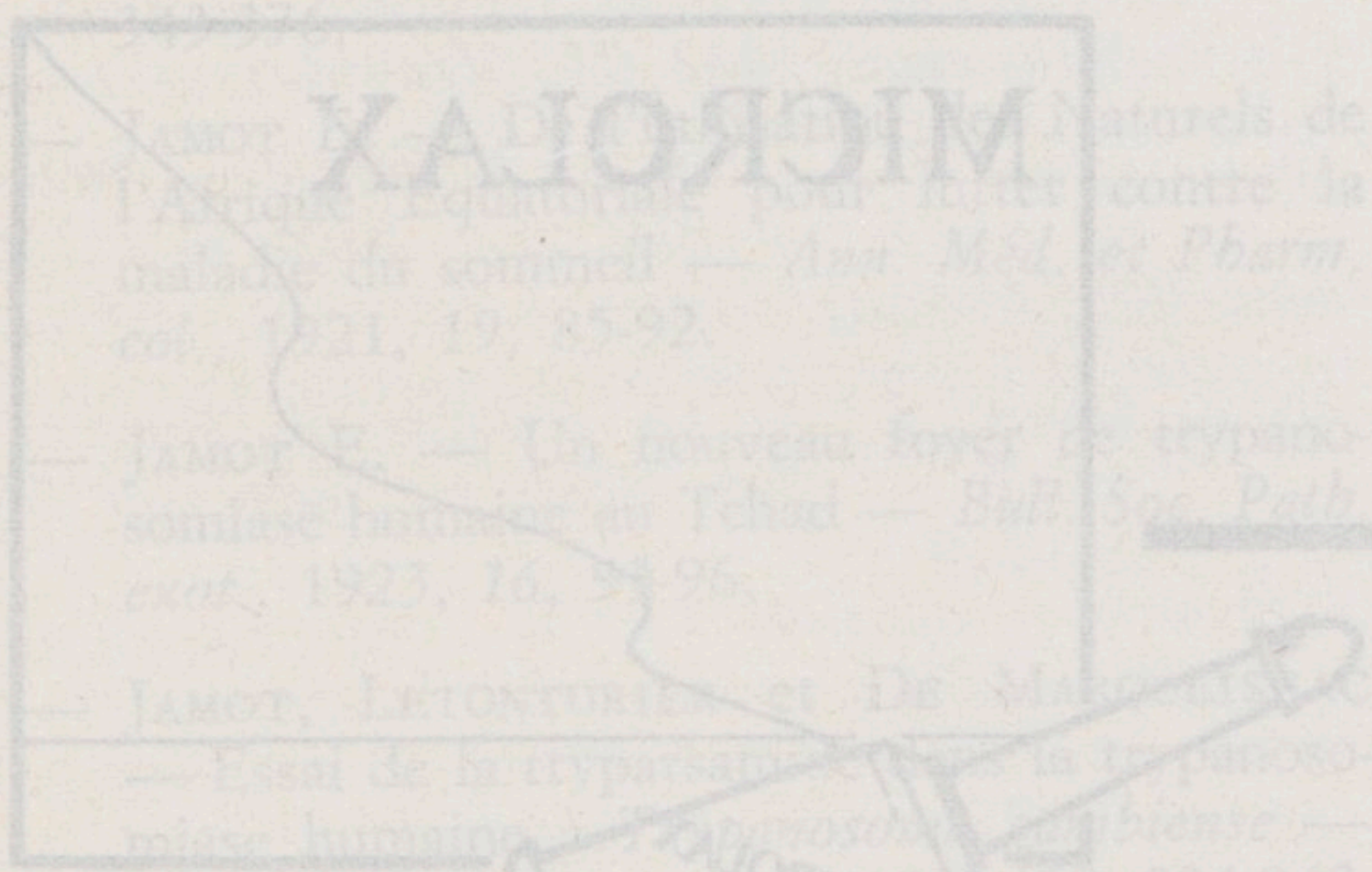
Sous les autres successeurs (MASSEGUIN et JONCHERE), nonobstant les difficultés parfois suscitées par les transformations politiques, la grande œuvre a été poursuivie, la doctrine conservée pour autant qu'elle pouvait l'être.

Depuis 1960, c'est l'O.C.C.G.E., puis en 1963 l'O.C.E.A.C. qui, sous des sigles nouveaux continuent la même œuvre. Mais ceci est une autre histoire qui vaudra bien d'être contée un jour...

Limitons-nous aujourd'hui à la belle et triste histoire de JAMOT, celle d'un grand homme à qui l'Afrique doit beaucoup et dont il convient que la mémoire et l'exemple ne sombrent pas dans l'oubli.

Certes, son nom a été réhabilité, gravé dans la pierre, donné à des rues, à des formations sanitaires. Certes, chaque année, un pieux pèlerinage réunit sur sa tombe les quelques survivants, de moins en moins nombreux, de ses chères équipes de l'A.E.F., du Cameroun, de l'A.O.F., c'est déjà beaucoup à notre dure et ingrate époque.

Mais la vraie mesure de la valeur de son œuvre a été donnée, dès sa mort, par la mise en application à grande échelle des principes et des méthodes pour lesquelles, avec foi et passion, il avait tant lutté.



7 — JAMOT E. — Les trypanosomiasés de l'Afrique Equatoriale... *Bull. Soc. Path. exot.*, 1920, 13, 11-12, 19, 25-27.

8 — JAMOT E. — Un nouveau type de trypanosomiase humaine au Tchad... *Bull. Soc. Path. exot.*, 1923, 16, 38-39.

9 — JAMOT E. — Les trypanosomiasés de l'Afrique Equatoriale... *Ann. Méd. et Pharm.*, 1922, 22, 224-240.

10 — JAMOT E. — Essai de la trypanosomie humaine... *Soc. Path. exot.*, 1924, 17, 693-703.

11 — JAMOT E. — Les trypanosomiasés de l'Afrique Equatoriale... *Ann. Méd. et Pharm.*, 1922, 22, 224-240.

LABAZ
Laboratoires LABAZ
1, Rue de la Vierge, 33400 AUBAY (FRANCE)
LABAZ-EXPORT
39, Avenue Pierre-1^{er}-de-Sébie
75008 PARIS (FRANCE)

- 16 — JAMOT E. — Lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun (Centre d'Ayohoué, Cliché projeté à la séance du 14-1-1925). — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1925, 18, 6-7.
- 17 — JAMOT E. — Valeur du B75 dans le traitement de la trypanosomie humaine au Cameroun. — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1925, 18, 13-14.
- 18 — JAMOT E. — La maladie du sommeil au Cameroun. — *Soc. Path. exot.*, 1925, 18, 15-16.
- 19 — JAMOT E. — La maladie du sommeil au Cameroun. — *Soc. Path. exot.*, 1925, 18, 17-18.
- 20 — JAMOT E. — La maladie du sommeil au Cameroun. — *Soc. Path. exot.*, 1925, 18, 19-20.
- Présentation:
Boîtes de 6 tubes-cannules de 5 ml.
- Contre-indications:
Poussée hémorroïdaire
Rectocolite hémorragique.

Traitement des constipations basses.

Un mode d'action original : la peptisation, qui évite la maladie des laxatifs.

MICROLAX

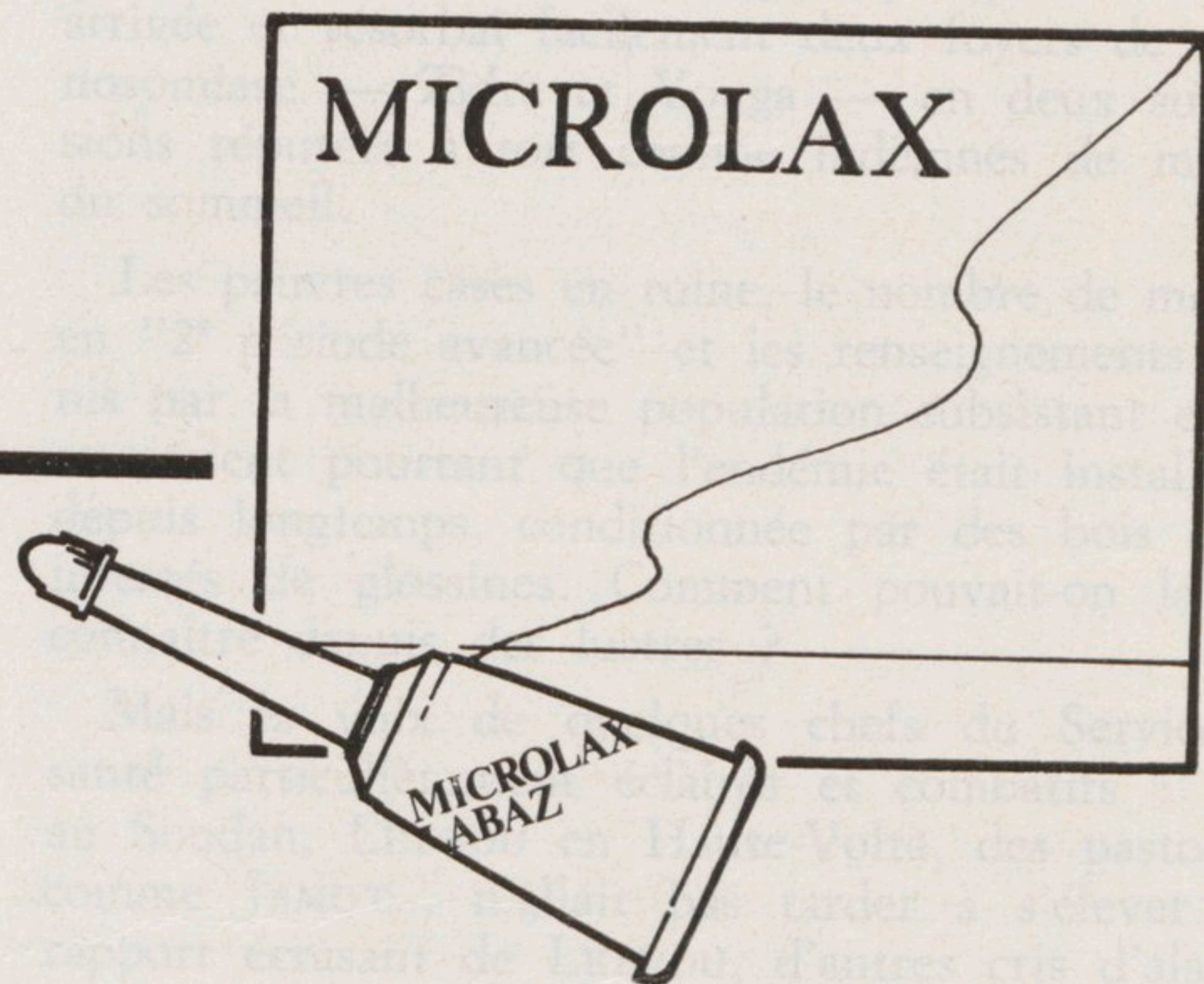
LABAZ

Présentation :

Boîtes de 6 tubes-canules de 5 ml.

Contre-indications :

Poussée hémorroïdaire,
rectocolite hémorragique.



LABAZ

Laboratoires LABAZ

1, Rue de la Vierge, 33440 AMBARES (FRANCE)

LABAZ-EXPORT

39, Avenue Pierre-1^{er}-de-Serbie
75008 PARIS (FRANCE)

LISTE CHRONOLOGIQUE DES PUBLICATIONS D'EUGENE JAMOT

- 1 — JAMOT E. — Contribution à l'étude de la méthode de Bier — *Thèse doctorat médecine*, Montpellier, juin 1908.
- 2 — JAMOT, ROBERT et MOTAIS — Notes sur la géographie médicale du Ouadaï — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1914, 7, 522-528.
- 3 — JAMOT E. — Note au sujet d'une maladie contagieuse désignée par les Bandas-Lindas de Kouango (Oubangui-Chari) sous le nom de Dacaga — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1918, 11, 862-866.
- 4 — JAMOT E. — Etat sanitaire et dépopulation au Congo — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1920, 13, 127-138.
- 5 — JAMOT et ROUBAUD — Présence d'*Onchocerca volvulus* dans un abcès suspubien. Quelques précisions morphologiques sur le parasite — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1920, 13, 252-254.
- 6 — JAMOT E. — Essai de prophylaxie médicale de la maladie du sommeil dans l'Oubangui-Chari — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1920, 13, 343-376.
- 7 — JAMOT E. — De l'utilisation des Naturels de l'Afrique Equatoriale pour lutter contre la maladie du sommeil — *Ann. Méd. et Pharm. col.*, 1921, 19, 85-92.
- 8 — JAMOT E. — Un nouveau foyer de trypanosomiase humaine au Tchad — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1923, 16, 93-96.
- 9 — JAMOT, LETONTURIER et DE MARQUEISSAC — Essai de la tryparsamide dans la trypanosomiase humaine à *Trypanosoma gambiense* — *Ann. Méd. et Pharm. col.*, 1924, 22, 224-240.
- 10 — LETONTURIER, DE MARQUEISSAC et JAMOT — Essai de la tryparsamide dans la trypanosomiase humaine à virus *gambiense* — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1924, 17, 692-703.
- 11 — TANON et JAMOT — Le traitement du pian par le stovarsol — *Rev. Méd. Hyg. trop.*, 1924, 16, 18-23.
- 12 — LETONTURIER, DE MARQUEISSAC et JAMOT — La prophylaxie de la maladie du sommeil au Cameroun dans les secteurs du haut Nyong et de Doumé — *Ann. Institut Pasteur*, 1924, 38, 12, 1053-1100.
- 13 — TANON et JAMOT — Essai de traitement de la maladie du sommeil au Cameroun, par le Bayer 25. Action sur les parasites. Action sur les reins et le foie — *Ann. parasitol.*, 1924, 11, 4, 327.
- 14 — LETONTURIER et JAMOT — Organisation de la lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun — Congrès de médecine tropicale de St-Paul-de-Loanda (Angola), 7^e séance, 19 juillet 1923 — *Rev. méd. d'Angola*, n° 4, 1924.
- 15 — TANON et JAMOT — Utilisation du Bayer 25 dans la lutte contre la maladie du sommeil — Congrès de médecine tropicale de St-Paul-de-Loanda (Angola), 7^e séance, 19 juillet 1923 — *Rev. méd. d'Angola*, n° 4, 1924.
- 16 — JAMOT E. — Lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun (Centre d'Ayos). Clichés projetés à la séance du 14-1-1925 — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1925, 18, 6-7.
- 17 — TANON et JAMOT — Valeur du B 25 dans le traitement de la trypanosomiase humaine au Cameroun — *Bull. Acad. méd.*, 1925, 93, 19, 3^e série, 394-407.
- 18 — JAMOT E. — La maladie du sommeil au Cameroun (causerie Soc. Path. Exot.) — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1925, 18, 762-769.
- 19 — JAMOT E. — La lutte contre la maladie du sommeil en A.E.F. et au Cameroun — *L'illustration*, 4330, 27 février 1926, 200-202.
- 20 — JAMOT E. — Discussion au sujet de la communication de S. ABBATUCCI : "A propos du traitement de la maladie du sommeil par la tryparsamide" — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1926, 19, 276-277.

- 21 — JAMOT E. — Au sujet du traitement prophylactique de la maladie du sommeil — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1926, 19, 463-471.
- 22 — JAMOT E. — La situation sanitaire au Cameroun. Exposé — *Rev. Méd. Hyg. trop.*, 1926, 18, 26.
- 23 — TANON et JAMOT — Le quino-thorium dans le traitement du paludisme — *Rev. Méd. Hyg. trop.*, 1926, 18, 105-110.
- 24 — JAMOT E. — Compte rendu des opérations de prophylaxie effectuées dans le secteur de Logone contre la maladie du sommeil et la fièvre récurrente, d'octobre 1924 à février 1925. Territoire du Cameroun, secteur de prophylaxie de Logone, 7 février 1926.
- 25 — JAMOT E. — La maladie du sommeil dans le Nord-Cameroun — *Ann. Méd. et Pharm. col.*, 1926, 24, 318-349.
- 26 — JAMOT et VERNON — Nouvel essai de la tryparsamide dans le traitement des formes avancées de la trypanosomiase humaine — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1927, 20, 689-695.
- 27 — JAMOT E. — Rapport annuel 1928. Mission de prophylaxie de la maladie du sommeil au Cameroun. Territ. du Cameroun.
- 28 — JAMOT E. — La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun — *Hyg. soc.*, 1929, 71, 1405-1410.
- 29 — JAMOT E. — La maladie du sommeil au Cameroun en janvier 1929 — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1929, 22, 473-496.
- 30 — JAMOT E. — Note sur les essais de quinini-sation préventive et curative au Cameroun — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1929, 22, 555-568.
- 31 — JAMOT E. — La maladie du sommeil au Cameroun — *Revue pratique des maladies des pays chauds*, 1929, 9, 7, 326-337.
- 32 — JAMOT E. — La prophylaxie de la maladie du sommeil, in "Les grandes endémies tropicales". Tome I et II - Vigot Frères Edit., 1930, Paris.
- 33 — JAMOT et CHAMBON — Contribution à l'étude du pouvoir préventif du 205 Bayer - 309 Fourneau contre la maladie du sommeil — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1930, 23, 491-499.
- 34 — JAMOT E. — Discussions sur la communication de M. LEGER : "Les arseno-benzènes aux colonies : leur emploi raisonné et dûment contrôlé" — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1931, 24, 404-405.
- 35 — JAMOT E. et coll. — Rapport sur la maladie du sommeil. Journées médicales coloniales, 23 juillet - 5 août 1931. C.R. par R. NEVEU — *Rev. Méd. Hyg. trop.*, 1931, 23, 189-190.
- 36 — JAMOT E. — Résultats obtenus dans la lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun — *Rev. Méd. Hyg. trop.*, 1931, 23, 190-192.
- 37 — JAMOT E. — La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun — *Ann. Institut Pasteur*, 1932, 48, 481-539.
- 38 — JAMOT E. — Discussion sur la communication de M. MONTESTRUC : infection et réinfection trypanique chez un Européen — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1932, 25, 666-668.
- 39 — JAMOT E. — Note sur la maladie du sommeil en A.O.F. — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1935, 28, 499-507.
- 40 — JAMOT E. — La maladie du sommeil en A.O.F. — *Bull. Acad. sci. outre-mer*, 1935, 265-273.

REFERENCES SUR EUGENE JAMOT ET SON ŒUVRE

- 1 — BEBEY-EYIDI M. — Le vainqueur de la maladie du sommeil : le docteur JAMOT — *Thèse médecine*, Paris, 1950, 124 p.
- 2 — BEBEY-EYIDI M. — Le docteur JAMOT — *Cah. Ch. de Foucault*, 1953, 8^e série, 32, 90-107.
- 3 — BRIEUX M. — La victoire de nos médecins contre la maladie du sommeil — *L'Illustration*, n° 4550, 17 mai 1930, 83-85.
- 4 — CASTEX L. — Le Cameroun honore la mémoire du docteur JAMOT, vainqueur de la maladie du sommeil — *Le Figaro*, 28 fév. - 1^{er} mars 1959, p. 13.
- 5 — CELARIE H. — Au Cameroun. Le docteur JAMOT et la maladie du sommeil — *La Revue des deux mondes*, 15 août 1931, 855-884.
- 6 — EUZIÈRE et HARANT H. — Les étapes montpelliéraines de la vie médicale du docteur JAMOT, vainqueur de la maladie du sommeil — *Hist. Sci. méd.*, 1978, 12, 2, 189-191.
- 7 — GALIARD H. — La maladie du sommeil il y a 30 ans — *Presse méd.*, 1955, 63, 45, 947-948.
- 8 — Hier à Saint-Sulpice-les-Champs, M. MONNERVILLE a inauguré un monument à la gloire du docteur JAMOT — *La Montagne*, 20 septembre 1954.
- 9 — LABUSQUIÈRE R. — Discours prononcé à l'occasion de l'inauguration d'une stèle à la mémoire du docteur JAMOT à Kousseri, Cameroun, le 19 avril 1971 (non publié).
- 10 — LAPEYSSONNIE L. — JAMOT parmi nous — *Méd. trop.*, 1963, 23, 4, 461-469.
- 11 — LAPEYSSONNIE L. — La lutte contre les grandes endémies en Afrique — *Frères d'armes*, 1971, 49, 20-25.
- 12 — LEBESQUE M. — JAMOT — *Le canard enchaîné*, 29 septembre 1954.
- 13 — MANU G. — Le Cameroun français et les revendications territoriales allemandes — *L'Illustration*, 23 octobre 1937, 4938, 228-230.
- 14 — MARTIN-SIBILLE Y. — Allocution prononcée à l'école du Service de santé des Armées de Lyon, le 23 juin 1973.
- 15 — Mémoire (A la) du médecin-colonel JAMOT — *Tropiques*, 1959, 57, 417, 5-10.
- 16 — MERLE F. — Eugène JAMOT : un grand médecin et un apôtre — *L'Ancre d'or*, 1972, 141, 6-8.
- 17 — MESNIL F. — Notice nécrologique — *Presse méd.*, 1937, 45, 850-851.
- 18 — MONNERVILLE G. — Inauguration du monument à la mémoire du médecin-colonel JAMOT à Saint-Sulpice-les-Champs, le 19 septembre 1954. Imp. Desfossés - Néogravure, Paris, 1954, 10 p.
- 19 — Nécrologie - E. JAMOT (séance du 12 mai 1937) — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1937, 30, 5, 337-340.
- 20 — NJOYA A., MABAYA J., AHIDJO A. et TORRE X. — Discours prononcés à l'occasion de l'inauguration du monument JAMOT, Yaoundé (Cameroun), le 8 février 1959.
- 21 — Notice nécrologique — *Ann. Méd. Pharm. col.*, 1937, 35, 1026-1028.
- 22 — POIRIER A. — Une figure de proue : JAMOT. In : 100 années de progrès médical en Afrique d'expression française — *Frères d'armes*, 1971, 49, 5-12.
- 23 — RICHEL P. — La lutte contre les grandes endémies en l'ex-Afrique française noire et particulièrement en l'ex-A.O.F. — *Tropiques*, 1960, 58, 429, 5-19.
- 24 — RICHEL P. — La lutte contre les grandes endémies, de JAMOT à l'O.C.C.G.E. Conféren-

ce sur les applications de la science et de la technique aux pays peu développés. O.N.U., Genève 1963 (non publié).

25 — RICHET P. — La maladie du sommeil et JAMOT — *Hist. Sci. méd.*, 1978, 12, 2, 192-198.

26 — ROUBAUD E. — Nécrologie — *Paris méd.*, 1937, 54, 477-478.

27 — SIMEON S. — Maladie du sommeil : le docteur JAMOT, l'homme qui personnifie le mieux la lutte contre ce fléau — *Santé publique*, 25 novembre 1957.

28 — TRAJAN SAINT-INÈS — Ces derniers chevaliers de l'Empire : nos toubibs — Nicolas ed., Niort, 1960, 111 p.

1 — BIAUX M. — La victoire de nos médecins contre la maladie du sommeil — *L'Illustration*, 17 mai 1950, 83-84.

2 — BIAUX M. — La victoire de nos médecins contre la maladie du sommeil — *L'Illustration*, 17 mai 1950, 83-84.

3 — BIAUX M. — La victoire de nos médecins contre la maladie du sommeil — *L'Illustration*, 17 mai 1950, 83-84.

4 — BIAUX M. — La victoire de nos médecins contre la maladie du sommeil — *L'Illustration*, 17 mai 1950, 83-84.

5 — BIAUX M. — La victoire de nos médecins contre la maladie du sommeil — *L'Illustration*, 17 mai 1950, 83-84.

6 — BIAUX M. — La victoire de nos médecins contre la maladie du sommeil — *L'Illustration*, 17 mai 1950, 83-84.

7 — BIAUX M. — La victoire de nos médecins contre la maladie du sommeil — *L'Illustration*, 17 mai 1950, 83-84.

8 — BIAUX M. — La victoire de nos médecins contre la maladie du sommeil — *L'Illustration*, 17 mai 1950, 83-84.

9 — BIAUX M. — La victoire de nos médecins contre la maladie du sommeil — *L'Illustration*, 17 mai 1950, 83-84.

10 — BIAUX M. — La victoire de nos médecins contre la maladie du sommeil — *L'Illustration*, 17 mai 1950, 83-84.

11 — BIAUX M. — La victoire de nos médecins contre la maladie du sommeil — *L'Illustration*, 17 mai 1950, 83-84.

12 — BIAUX M. — La victoire de nos médecins contre la maladie du sommeil — *L'Illustration*, 17 mai 1950, 83-84.

SIGNES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES DES TRYPANOSOMIASES

A *T. GAMBIENSE* VUES AU STADE D'ATTEINTE

MENINGO-ENCEPHALITIQUE (*)

par

G. EDAN (1)

SUMMARY

CLINICAL AND BIOLOGICAL SYMPTOMS OF *T. gambiense* TRYPANOSOMIASIS IN THE MENINGO-ENCEPHALITIC PERIOD

Main clinical symptoms are reviewed in the first part of the article. They consist in mental alertness disorder, motorial confusion and quite constantly in reflexes and abnormal movements due to brain stem lesion.

The author reports on 22 cases. No correlation appears between prognosis and epileptiform seizures. BERTRAN's prognostical score has given contradictory indications. NEUJAN's criteria have not been very reliable to select treatment schedule. No correlation has been observed between biological data on the one hand and clinical symptoms as well as lethal evolution on the other hand.

Nous nous proposons d'analyser les signes cliniques et biologiques de 22 cas de trypanosomiase humaine observés au stade d'atteinte méningo-encéphalitique, et de voir quelles déductions pratiques on peut tirer de cette analyse, en comparant nos constatations à la sémiologie classique.

Rappelons donc d'abord très brièvement ces données fondamentales concernant :

- l'épidémiologie,
- la pathogénie,
- l'anatomie pathologique,
- la clinique,
- les examens para-cliniques.

I. - RAPPEL DES DONNEES CLASSIQUES

A) L'épidémiologie

1) LE PARASITE

En Afrique de l'ouest, la trypanosomiase humaine est due à *Trypanosoma gambiense* : protozoaire flagellé, extra-cellulaire, caractérisé par sa grande taille (12 à 35 microns), un flagelle libre, une membrane ondulante, un petit kinétoplaste subterminal.

2) L'HÔTE

Trypanosoma gambiense est un parasite spécifiquement humain, que l'on peut trouver dans le sang, les ganglions, la moelle osseuse, le L.C.R.

3) LE VECTEUR, LE MODE DE CONTAMINATION

Les glossines ou mouches Tsé-Tsé, sont les vecteurs des trypanosomes. Mâles et femelles sont hématophages et piquent surtout le jour. Les vecteurs de *Trypanosoma gambiense* sont *Glossina palpalis* et *tachinoïdes*. Elles sont hydrophiles, vivant dans les galeries forestières humides. La glossine se contamine en piquant le sang d'un sommeilleux. Elle ingère avec le sang des trypanosomes qui subissent chez elle un cycle complexe et apparaissent trois semaines plus tard dans les glandes salivaires sous forme infestante. A l'occasion d'un nouveau repas sanguin, la glossine peut transmettre l'affection en déversant sa salive virulente dans la plaie de la piqûre.

(1) Interne des hôpitaux, médecin volontaire du Service national de coopération.

(*) Travail du Service de neurologie (Pr. GIORDANO), Centre hospitalier universitaire de Treichville, Abidjan, Côte-d'Ivoire.

B) La pathogénie

D'après GALLAIS, l'évolution de la maladie fait distinguer deux phases :

1) UNE PHASE DE GÉNÉRALISATION

L'invasion des trypanosomes entraîne une réaction massive de tout le système réticulo-endothélial : hyperplasie des cellules immuno-compétentes et du tissu lymphoïde, hypertrophie du foie, de la rate, des ganglions. Il y a une inflammation du mésenchyme. Sur le plan clinique, altération de l'état général avec fièvre, hypertrophie des ganglions superficiels, hépato-splénomégalie, accélération de la V.S., plasmocytose sanguine, hypergamma-globulinémie à l'électrophorèse des protides sanguins avec notamment une augmentation des IgM.

Le cerveau n'échappe pas à cette évolution et sa trame mésenchymateuse est infiltrée : infiltration lympho-plasmocytaire périvasculaire, intéressant surtout les espaces de Hiss, que la barrière hémocéphalitique isole du L.C.R. et du parenchyme cérébral. Cette encéphalite mésenchymateuse intéresse la partie la plus vascularisée, le diencéphale.

2) UNE PHASE DE POLARISATION CÉRÉBRALE

Elle débute après une phase de latence parfois longue, au cours de laquelle un équilibre immunologique se crée entre l'hôte et le parasite : effacement des ganglions, atténuation de la fièvre, disparition des trypanosomes dans le sang et le ganglion, mais cet équilibre est précaire et notamment du fait de la malnutrition ou d'une infection intercurrente, le malade passe en deuxième période : l'infiltration périvasculaire va s'étendre au parenchyme cérébral après effraction de la barrière hémoméningée.

Apparaît alors un phénomène nouveau, c'est l'auto-immunisation. De l'encéphalite mésenchymateuse du début, on passe à une leuco-encéphalite démyélinisante avec infiltration lymphocytaire, plasmocytaire et endothéliale périvasculaire essentiellement péri-veineuse, destruction de la myéline, sans atteinte des cellules nerveuses.

Dans le L.C.R., on note une lymphocytose, une augmentation des gammaglobulines qui sont surtout des IgM, parfois la présence de trypanosomes.

C) Anato-pathologie du S.N.C.

1) ASPECT MACROSCOPIQUE

- Les méninges sont rougeâtres et oedémateuses ;
- la dure-mère adhère par place au crâne ou à l'arachnoïde ;

- la pie-mère est également épaissie ou adhérente ;

- la surface cérébrale montre un certain degré de "lissencéphalie" due à la pression et non à l'atrophie ;

- la matière blanche et grise de l'hypothalamus est congestionnée.

2) ASPECT MICROSCOPIQUE

Les lésions se ramènent à une infiltration lympho-plasmocytaire périvasculaire généralisée ; les lymphocytes sont normaux ; les plasmocytes accumulent un matériel phospho-lipidique vraisemblablement constitué de métabolites de cellules nerveuses lésées. Ce sont les cellules morulées décrites par MOTT.

a - dans la substance grise :

Les lésions sont diffuses et prédominent dans le cortex frontal puis pariétal et temporal, et intéressent la corne d'Ammon : réaction inflammatoire vasculo-gliale, altération type hémochromatose, atrophie.

Les altérations corticales n'aboutissent pas à des désordres architecturaux importants.

b - dans la substance blanche :

La substance blanche est au contraire très atteinte et cette atteinte domine le tableau : la réaction infiltrative est diffuse, lympho-plasmocytaire et gliale avec destruction myélinique. Ces infiltrats intéressent les vaisseaux de fin et moyen calibre, surtout les veines, plus rarement les capillaires. La démyélinisation est très importante, surtout en foyers périvasculaires, également en plein parenchyme. La réaction prédomine autour du 3^e ventricule, au niveau des fibres blanches striothalamiques putaminocaudées, pallido-nigriques, pallido-luysiennes.

c - les noyaux gris centraux :

Ils voient leur architecture profondément perturbée par le processus infiltratif. La raréfaction cellulaire est importante.

D) Clinique de la trypanosomiase à *T. gambiense*

D'après GALLAIS et COLLOMB, l'histoire naturelle de la trypanosomiase permet de distinguer 4 phases :

- lésion initiale au point d'inoculation : le trypanome ;

- phase de généralisation ou lymphatico-sanguine ;