

Bulletin de l'Académie nationale de médecine

Académie nationale de médecine (France). Auteur du texte.
Bulletin de l'Académie nationale de médecine. 1951-11-20.

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.

*Afrique Noire Française.**De la nécessité d'y réorganiser la lutte contre la lèpre et d'y organiser la lutte contre la filariose (volvulose oculaire),*

par M. Muraz,

Médecin général inspecteur des troupes coloniales (CR).

Au début de cette année, nous avons été à même d'étudier de près les résultats des mesures prises depuis longtemps en Afrique Occidentale Française contre la lèpre.

Cela au cours d'une inspection du Secrétaire d'Etat à la France d'Outre-Mer, le D^r L.-P. Aujoulat, que nous accompagnions, comme conseiller technique, du Sénégal au Niger, aux côtés de MM. les doyens L. Binet et G. Portmann.

Nous ne ferons que mentionner ici, l'ayant relatée ailleurs, la cérémonie princeps de ce voyage, nous voulons dire l'inauguration à Dakar de la nouvelle Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie, dont les Facultés-« marraines », Paris et Bordeaux, étaient représentées par leurs Doyens.

A Bamako (Soudan), le médecin colonel Laviron qui y dirige l'Institut de la Lèpre nous précisa que le recensement des Hanséniens de l'A. O. F. n'est pas de 70 000 — nombre réel des diagnostiqués —, mais de 200 000 environ. Et que, sur ces 70 000 malades connus, l'effectif des lépreux régulièrement traités à cette époque n'était que de 34 000 environ.

Traités ? Comment ? Presque exclusivement par des injections d'huile de chaulmoogra, dont les chiffres d'un plan quadriennal ne s'expriment qu'ainsi :

Visite hansénienne (individus)	2 631 426
Détection (nouveaux lépreux)	15 644
Malades régulièrement traités	34 252
Injections anti-lèpre	693 245
Litres de chaulmoogriques	2 802,

Au début de cette année 1951, quelques centaines de lépreux seulement étaient soumis à la médication sulfonée.

Nous avons écrit ailleurs (1), il y a plus de six mois : « Il nous paraît indispensable que par des dispositions urgentes (augmentation du personnel européen et autochtone permettant la création de *Centres de traitement ruraux surveillés*) soient peu à peu délaissés les traitements chaulmoogriques, dont les incidences curatives sont aujourd'hui largement dépassées par les résultats que donnent les produits sulfonés. »

Mais quelle forme adopter pour cette thérapeutique sulfonée (*sulfones-mère*), à dispenser largement ?

La question reste encore très controversée.

Certains auteurs [J. Schneider] estiment opportun de laisser à l'huile de chaulmoogra un rôle de véhicule. Les principaux arguments de ces léprologues, c'est que l'effet-retard est un peu plus marqué pour les suspensions dans le chaulmoograte d'éthyle que dans celles d'huile d'arachide. C'est aussi que les chaulmoogriques auraient une affinité particulière pour les cellules histiocytaires, phylaxie qui permettrait d'escompter une meilleure utilisation des sulfones injectées en atteignant plus facilement, plus sélectivement, les lésions lépreuses.

D'autres auteurs [Chaussinand (2)] préconisent l'huile d'arachide comme

(1) *La Presse Médicale*, numéros des 12 mai, 26 mai et 9 juin 1951 ; *La Semaine des Hôpitaux* (Problèmes d'actualité médicale en A. O. F.), numéros des 6 mars et 10 juin 1951.

(2) A qui fut confiée, il y a six mois, par le D^r L.-P. Aujoulat, Secrétaire d'Etat à la France d'Outre-Mer, une importante mission d'enquête en A. O. F., au Cameroun, en Nigeria Britannique et en A. E. F., sur les modalités actuelles de la thérapeutique hansénienne.

véhicule de la sulfone-mère (« produit indolore et plus économique que les esters de chaulmoogra ») et dénie presque une action synergique appréciable à ce support chaulmoogrique. Leur argument principal est évidemment qu'en n'omettant pas de prévenir un processus anémiant par une thérapeutique martiale conjuguée (type disulone-fer), cette médication s'avère moins onéreuse que la précédente.

Quoi qu'il en soit, une telle modalité thérapeutique devant être fixée et choisie par la nouvelle Commission de la Lèpre qui se réunira prochainement au ministère de la France d'Outre-Mer (Commission où siègent des membres qualifiés de votre haute Compagnie), l'essentiel doit être *la multiplication des Centres de traitement ruraux surveillés*.

Leur fonctionnement sera aussi simple qu'efficace.

Pas de traitement *per os* (comprimés). Faute d'une possibilité de contrôle quotidien, on a dû y renoncer. Le personnel spécial, en effet, ne séjournera pas en permanence dans ces Centres, mais n'y apparaîtra que *deux fois par mois* pour l'application à chaque hansénien d'une injection intramusculaire : dans l'une ou l'autre formule ci-dessus évoquée, la teneur sulfonée sanguine utile paraît assurée pour une quinzaine par une seule injection.

Actuellement, de telles équipes mobiles appliquent *quatre fois par mois* aux malades un traitement chaulmoogrique, méthode largement dépassée aujourd'hui.

Donc, théoriquement, *ce même personnel*, s'occupant chaque quinzaine de la thérapeutique sulfonée sous sa forme parentérale, *pourra traiter deux fois plus de malades*.

On conçoit aussi qu'en éduquant encore plus d'infirmiers « spécialisés en lèpre » (comme le fut en trypanosomiase le cadre de 800 infirmiers que nous avons formé en Haute-Volta), on parviendrait à élargir considérablement les possibilités thérapeutiques hanséniennes en Afrique Noire Française.

Moins vastes, certes, mais non moins importants se posent en Afrique Noire le dépistage et le traitement de l'onchocercose, surtout dans sa variété volvulose oculaire.

Avec mon ami le médecin colonel Pierre Richet, actuellement directeur du Service de Santé opérationnel du Tonkin, nous avons signalé à plusieurs reprises (3) — lui-même d'abord après des recherches de même ordre conduites par Hissette au Congo Belge — combien répandue et dommageable en Afrique Noire est la volvulose oculaire.

Nous n'encombrerons pas de chiffres le présent texte. (MM. les Académiciens que cette question intéresseraient les trouveront dans les 8 références données dans les renvois de cette lecture.) Nous résumerons simplement l'incidence sociale désastreuse de cette affection qui sévit dans ces territoires d'outre-mer, en disant qu'elle *crée de 10 à 15 p. 100 d'aveugles*.

Aussi bien, nous ne croyons pas inutile d'ouvrir à ce propos une rapide digression.

Qui, ici, ne se souvient des avatars que dut subir notre ami Jamot, admirable lutteur contre la maladie du sommeil (avec qui nous travaillions en synergie, lui au Cameroun, nous en A. E. F.), avant d'aller se réfugier, diminué moralement et physiquement, et mourir dans sa Creuse natale ?

On lui « imputa », pour user d'un terme bien vulgaire, 700 cécités dues,

(3) Pierre Richet. La volvulose dans un Cercle de la Haute Côte-d'Ivoire. *Bull. Soc. Pathol. exot.*, 1932, 32, 341. — Gaston Muraz. Une « maladie d'avenir » en Afrique Noire : la volvulose cutanée et oculaire. *La Presse Médicale*, 3 juin 1944, n° 11, 171. — Puis, six ans après, l'étude générale de Puyuelo et Holstein : L'onchocercose humaine en Afrique Noire Française. *Méd. Trop.*, juin 1950, n° 3, 402.

au Cameroun, à des excès de posologies arsenicales dans le traitement des sommeilleux.

Il n'en était qu'en faible part responsable.

En outre, la volvulose oculaire étant, à cette époque, non décelée dans la région camerounaise, théâtre de ce désastre thérapeutique, il est vraisemblable que d'assez nombreux volvuleux se trouvaient parmi ces 700 aveugles. En Haute-Volta, en effet, nous avons montré avec P. Richet que dans une certaine zone à volvulose oculaire, *sur 16 aveugles traités pour trypanosomiase, 9 l'étaient avant tout traitement arsenical.*

C'est un devoir pour nous, le pieux devoir d'un ami, de porter ces faits à la lumière devant votre haut aréopage.

Ils ont été d'ailleurs récemment étudiés avec notre concours documentaire dans une thèse soutenue par le Dr Bebey-Eyidi, qui conclut ainsi : « L'histoire, en tous cas, se souviendra d'un ministre qui, parti avec l'intention arrêtée, et combien louable *a priori*, de sanctionner une faute d'une gravité criminelle, réussit à punir un innocent, à laisser le vrai coupable impuni, et en définitive à ne rien changer au sort malheureux de 700 victimes. »

Comme pour la lèpre et les sulfones-mères, traitement de masse, nous devons pour l'onchocercose-volvulose dépister activement, puis traiter largement.

Ainsi que cela se fait au Mexique, au Guatemala et à Tahiti (programme anti-filarien du Pacifique), avec toute l'ampleur désirable, il faut en de telles régions africaines appliquer des traitements qui ont incontestablement fait leurs preuves : chimiothérapie par ce dérivé de la pipérazine (le 1-diéthylcarbamylo-4-méthylpipérazine, ou hétrarzan américain, ou notézine française), avec dénodulation, dans le même temps qu'une active prophylaxie agronomique est mise en œuvre contre les punctiformes agents vecteurs, les Simulies, à la piqûre parfois plus pénible et urticante que celle des moustiques.

M. Tanon : Il faut féliciter M. le Médecin général inspecteur Muraz d'avoir rappelé que bien des cécités chez les sommeilleux étaient dues à la *filaria volvulus*, et d'avoir ainsi montré que le reproche qu'on avait, sur le tard, fait à Jamot, n'était pas fondé. Il y a eu évidemment des cécités avec des doses arsenicales trop fortes, mais beaucoup n'étaient pas définitives. M. Muraz a eu raison de faire ressortir que Jamot n'était pas responsable des accidents qu'on lui avait reprochés, et qu'il a été jugé injustement.

COMITÉ SECRET

— A seize heures trente minutes, l'ordre du jour étant épuisé, la séance publique est levée et l'Académie se constitue en Comité secret.

— A seize heures quarante-cinq minutes, la séance est levée.

Le Gérant : G. MASSON.