

EUGÈNE JAMOT ET EMILE LEJEUNE PAGES D'HISTOIRE

par

P.G. JANSSENS

Vogelsanck 12, B-2970 Schilde, Belgique

Au cours de recherches sur le rôle de la maladie du sommeil en Angola depuis 1875, j'ai consulté l'important rapport du «*Primeiro Congresso de Medicina Tropical da Africa Occidental*» organisé à Loanda du 16 au 23 juillet 1923, et plus particulièrement les «*Acta da Sexta Sessao*» consacrée à la Maladie du sommeil-Trypanosomiasés. Cette session a rassemblé, sous la présidence de J. Rodhain, un aréopage de spécialistes français, portugais et belges qui ont présenté des rapports et engagé des discussions très intéressantes.

L'intérêt des communications et des discussions est double. Elles fournissent en premier lieu un aperçu très complet de l'approche générale dans l'organisation de la lutte contre la maladie du sommeil. La *prophylaxie médicamenteuse* était le but principal au cours de cette première période. On disposait depuis 1903 d'un produit actif sur la phase sanguine capable de stériliser la source de contamination des glossines: l'*atoxyl*, associé ou non à l'*émétique* et l'*arsenobenzol*. 1922 sera l'année charnière pour cette méthode par l'introduction de la *tryparsamide* et du *Bayer 205* ou suramine.

En second lieu et surtout elle fut l'occasion, probablement la seule, où Jamot et Lejeune se sont rencontrés. Lejeune (19) y a présenté un important document sur «*La prophylaxie de la maladie du sommeil. Son organisation au Congo Belge*» qui comporte un historique dans le chapitre «*Le combat contre la trypanose au Congo Belge*». Cet exposé sera commenté plus loin. Jamot était inscrit pour un rapport sur «*L'assistance médicale au Cameroun depuis l'occupation française*» qui n'a été ni présenté ni publié. Il est le troisième auteur du rapport sur «*La maladie du sommeil au Cameroun et sa prophylaxie*» (20) présenté par le Prof. agr. Louis Tanon. Ni Jamot, ni Lejeune n'ont tenté de profiter de cette réunion pour se profiler comme les innovateurs d'un système original de lutte prophylactique contre la maladie du sommeil.

L'organisation de la lutte contre la maladie du sommeil en A.E.F.

Malgré la présence de Jamot, dont la contribution avait été fondamentale, son rôle n'est guère relevé ni directement, ni indirectement. Dans le rapport sur «*La lutte contre la maladie du sommeil en Afrique Equatoriale Française*» J.Vassal (32) cite le rôle de E.Brumpt en 1903, la mission Gustave Martin, Lebœuf, Roubaud (21), organisée en 1906-1908 par la Société de Géographie de Paris, sous les auspices de l'Institut Pasteur, dont la continuation sera assurée par l'Institut Pasteur de Brazzaville. L'accent est mis ensuite sur la Commission scientifique de décembre 1917 à Paris qui codifie les règles tech-

niques de la prophylaxie et sur la Commission de la Société de Pathologie Exotique de juillet 1920, présidée par A.Laveran et dont le rapport «*Notice sur la Prophylaxie de la Maladie du Sommeil*» est rédigé par Gustave Martin (22). Il est adopté à l'unanimité.

Cette notice est un document historiquement important qui fait suite à une série de propositions de prophylaxie de la maladie du sommeil formulées par la Société le 10 juin 1908. La notice fournit un aperçu de la situation de la maladie devenue à déclaration obligatoire et le vœu est émis de voir appliquer une série de mesures en A.E.F et A.O.F. Celles-ci comportent l'affectation à chaque secteur d'un médecin aidé par 1 à 2 infirmiers européens et 5 à 7 infirmiers indigènes ayant reçu une instruction spéciale dans les Centres de Brazzaville, Douala, Libreville. Ce médecin peut faire appel aux fonctionnaires, colons, missionnaires et chefs d'exploitation. L'organisation générale spécifie les règles épidémiologiques à suivre: tenue d'un registre, établir la fréquence de la maladie, dresser une carte détaillée et à grande échelle, des malades, des glossines et autres insectes vecteurs (origine présumée des cas familiaux), de l'emplacement des gîtes à tsé-tsés dans les agglomérations et les centres. L'obligation de s'occuper également des œuvres générales d'hygiène et d'assistance médicale (vaccination antivariolique). Ce programme inclut deux éléments fondamentaux de toute campagne médicale: récolte et mise en carte de données et l'extension des préoccupations spécifiques aux autres composantes de la santé (prélude aux services de santé de base). Ces conseils ne seront pas toujours suivis.

La prophylaxie comporte trois volets: médicamenteux, agronomique et mécanique, administratif. La médicamenteuse sera basée sur le dépistage systématique au cours de tournées périodiques avec recherche du trypanosome dans le sang et le suc ganglionnaire. Le traitement sera fait à l'Atoxyl sous-cutané 2 fois à 8 jours d'intervalle et passage tous le 4 à 6 mois, si possible 2 mois. Le traitement complet ne peut se faire que dans les postes médicaux ou villages de traitement. Il est prévu une mesure un peu surprenante pour les européens: elle prévoit une injection préventive de 0,5g d'atoxyl endéans les 5 jours s'il a été particulièrement piqué. Une telle mesure a-t-elle jamais été appliquée?

La prophylaxie agronomique et mécanique vise à la protection contre les glossines. Elle comporte le déboisement limité aux alentours fréquentés (points d'eau, gué, points d'escale), le débroussaillage et l'émondage des branches basses ou mortes et des lianes. Une attention particulière est réclamée pour les palmiers nains, qui forment un couvert impénétrable où s'abritent les glossines. En protection individuelle le port de jambières, de vêtements blancs ou clairs à col haut et poignets serrés est recommandé!

La prophylaxie administrative rappelle le devoir de signaler les cas, l'utilité de regrouper et de déplacer les villages vers des endroits plus sains, la surveillance des déplacements et l'obligation du passeport sanitaire, la création de postes de surveillance, la construction de routes accessibles aux automobiles pour limiter le portage. Toutes les autorités coloniales se sont toujours evertuées à édicter des mesures administratives pour combattre la maladie du sommeil. Elles étaient généralement rationnelles, mais destinées surtout à couvrir leur responsabilité. Cette notice est exhaustive et on en retrouve l'essentiel dans la plupart des rapports.

Ainsi J. Vassal (32), directeur des services de santé de l'A.E.F. souligne que les règles administratives prises par les Gouverneurs Généraux Merlin et Augagneur l'ont été sur avis des directeurs des Services de Santé de l'A.E.F. et de l'Institut Pasteur (Jamot, Ouzilleau, Blanchard). C'est l'unique mention du nom de Jamot. Le rapport sur la situation au Moyen-Congo que Jamot a établi, comme directeur de l'Institut Pasteur, lors de son retour de la campagne «Sangha-Cameroun» et qu'il a présenté lors de la séance du Conseil d'Hygiène du 19 novembre 1916 est passé sous silence, quoiqu'il ait été le document qui a amené le Gouverneur Général Merlin à créer des Secteurs de prophylaxie jouissant d'une certaine autonomie, autorisés à faire une large utilisation d'auxiliaires européens et indigènes non qualifiés et qui prévoit que toutes les opérations se feront sur la base du diagnostic microscopique. Il n'est pas davantage fait allusion à la mission de Jamot en Oubangui-Chari, qui durera 18 mois en 1917-1919 au cours de laquelle Jamot va établir la doctrine que les anglo-saxons définiront comme le «french system».

Dans sa communication sur l'utilisation des noirs en A.E.F. comme auxiliaires des Services de Santé, Vassal (33) après avoir rappelé que A. Calmette avait eu en 1886 au Gabon un noir admirablement stylé qui l'assistait à merveille à faire des coupes d'histologie pathologique et à les colorer, signale que Ouzilleau et Jamot (11) «*De l'utilisation des Naturels de l'Afrique Equatoriale pour lutter contre la Maladie du Sommeil*» ont su employer des auxiliaires locaux, sans formation scolaire dans leur secteur de prophylaxie pour les ponctions ganglionnaires, la reconnaissance de trypanosomes au microscope et atoxyler. Jamot (10) avait, dès 1917, essayé dans l'Oubangui-Chari, des équipes d'indigènes et conclua qu'il est possible de spéculer très largement sur la collaboration de l'élément indigène pour organiser avec un personnel européen restreint une lutte méthodique contre la «*Maladie du Sommeil*». Ce système a été en vigueur dans le fonctionnement des secteurs de prophylaxie dès 1919 et a été sanctionné par les Commissions de Paris de décembre 1917 et juillet 1920 et par l'arrêté du 22 janvier.

L'organisation de la lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun

La communication de Letonturier, Tanon et Jamot (20) «*La maladie du sommeil au Cameroun et sa prophylaxie*» est présentée par le Prof. L. Tanon. Un bref historique basé sur des documents allemand d'avant 1914 et sur les activités de l'administration française depuis 1920 servent d'introduction à l'action entreprise par le Dr. Jojot, comportant la création d'un secteur de prophylaxie dans le Haut-Nyong et la réinstallation du Centre d'étude et d'instruction de Ayos, créé par les allemands. Ce centre comportait une hypnosserie pour l'hospitalisation de malades en dernière période ou abandonnés.

Cette organisation est une adaptation du système pratiqué en A.E.F. depuis 1917 et appliqué par un des auteurs (Jamot) dans l'Oubangui-Chari en 1917-1919. Il comporte le principe de secteurs de prophylaxie qui divisent les zones contaminées et dont le *diagnostic microscopique* est la base pour toutes les opérations prophylactiques. Ce dispositif est complété par un arrêté et une circulaire du Commissaire de la République Garde qui rappellent et prescrivent toutes les mesures d'ordre médical, administratif et agricole.

L'organisation vise à détruire le virus en circulation. Pour l'atteindre il faut rechercher les malades, les soigner et, si possible, les guérir. Ceci implique

l'exploration minutieuse des zones à contrôler jusque dans leurs extrêmes limites. Pour ce faire il faut visiter tous les villages, examiner un par un tous les habitants et faire le recensement nominatif par diagnostic microscopique de tous les trypanosés. Le mode opératoire est basé sur un laboratoire mobile dirigé par un médecin, assisté par un chef de laboratoire indigène et composé de 18 infirmiers dont 6 sont chargés d'apprêter les préparations de sang et de suc ganglionnaire, 8 exécutent les examens microscopiques, les 4 derniers appliquent les traitements. Ces infirmiers sont interchangeables, ce qui augmente le rendement.

Les populations des villages désignés sont réunies, l'équipe s'installe sous un hangar spécialement aménagé à cet effet et le médecin procède lui-même à la recherche des suspects. Ce triage est très sévère, même les porteurs d'une légère hypertrophie des ganglions cervicaux sont soumis à l'examen microscopique, c.à.d. parfois toute la population. Les résultats de cet inventaire quasi complet sont impressionnants: 30,6% des 97130 personnes soumises à l'examen du sang (goutte épaisse) et du suc ganglionnaire, 42,3% des 44 540 suspects et les négatifs sont soumis endéans les 6 mois à un nouvel examen.

Le schéma thérapeutique, tel que décrit par «l'un de nous» en 1919, de toute évidence Jamot, et comportant des fiches ad hoc individuelles, est esquissé: un traitement d'attaque par Atoxyl à dose massive (15-20 mg/kg) est renouvelée à bref délai et à rythme hebdomadaire par une association de 4 doses d'Atoxyl avec intercalation de 2 doses de neo-arsenobenzyl de 600 mg (adultes). Il est assuré par une équipe mobile de traitement qui se rend périodiquement dans tous les groupements. Les bons résultats obtenus, la mortalité qui n'est plus que de 8% (contre les 40% usuels) font émettre l'hypothèse de la présence d'une souche à virulence atténuée. La prophylaxie mécanique (débroussaillage) est citée. Le but est l'extinction de la maladie du sommeil.

La référence au rôle de «l'un de nous», qui ne peut être que Jamot, souligne le rôle important de Jamot. Toutefois il n'est pas fait état de sa mission de prospection effectuée en 1919 à la demande du Gouverneur Général Carde, ni de son affectation au Cameroun en 1922. Sa présence était certes limitée dans le temps, mais déjà déterminante.

L'organisation de la lutte contre la maladie du sommeil au Congo belge

E. Lejeune (19), médecin inspecteur et chef du service médical de la Province du Congo-Kasai, fait en personne un exposé très complet sur «*La prophylaxie de la maladie du sommeil. Son organisation au Congo Belge.*» Cette communication débute par un exposé des «Bases scientifiques de la prophylaxie», qui ne diffère guère de celles exposées par la Commission française présidée par le regretté Professeur Laveran. Il souligne qu'en pratique un pas énorme a été fait à la suite des apports réalisés un peu partout et spécialement en A.E.F. et au Congo Belge. Il évitera en cette matière les controverses.

Il passe en une revue d'une douzaine de pages, qui ne néglige pas le *T.b. rhodésienne*, l'épidémiologie, attire l'attention sur la variabilité des infections dans certaines régions, la malignité de certaines infections, la guérison spontanée ou aisée de certains malades et souligne l'existence de résistance

innée individuelle ou collective. Il traite de la biologie des *Glossina palpalis* et *G. morsitans* et du réservoir de virus humain et animal. Il insiste sur l'action stérilisante préventive et curative des médications dont certaines sont déjà tombées dans l'oubli, l'Atoxyl, le neo-arsenobenzyl, l'émétique sont d'usage courant, la tryparsamide, le Bayer 205 sont prometteurs comme moyens de prophylaxie.

Dans la partie consacrée aux moyens de prophylaxie proposés et aux conditions possibles de leur application pratique, il supporte son opinion d'intéressants détails. Il estime la prophylaxie médicamenteuse comme la mesure la plus efficace. Si on pouvait l'appliquer partout à la fois, à tous les malades et pendant au moins 3 mois après le diagnostic du dernier nouveau cas dans la région et moyennant la stérilisation des malades chroniques jusqu'à leur mort, la maladie serait éliminée. En se basant sur les statistiques du lazaret d'Ibembo, établies par le Dr. Ollivier, il estime à une dizaine d'années la durée pendant laquelle l'action devrait être prolongée.

Cette méthodologie médicamenteuse exige le recensement préalable de la population. Elle n'est appliquée encore que dans certaines zones, généralement frontières ou dans des régions très infestées. Le traitement hebdomadaire à l'Atoxyl (1g, soit 15-20 mg/kg), parfois associé à l'émétique, pendant 8 à 12 semaines, série qui est répétée une ou plusieurs fois, séparées par des périodes de repos. Il manque un médicament par voie orale. Les dosages sont encore imprécis. La médication prophylactique se complète par des mesures administratives visant à limiter la circulation: passeport sanitaire, postes d'observation, une réglementation de la pêche et pour *T.b.rhodesiense* par la destruction du gros gibier (antilopes) porteur de trypanosomes.

Il tire de cette partie de sa communication des conclusions: nécessité de placer cette organisation de la prophylaxie en grand sur un plan purement pratique; les mesures contre les tsétsés sont en elles même insuffisantes; la prophylaxie médicamenteuse est le procédé de choix, moyennant répétition et traitement de tous les infectés et malgré qu'un nombre variable échappent au contrôle; un écumage répété (procédé Schwetz) donne des résultats; en grande prophylaxie le diagnostic fouillé est impossible, que ce soit par simple palpation ou par ponction ganglionnaire il sera toujours imparfait; il faut simplifier et uniformiser le traitement (Atoxyl, ou la Soamine anglaise; le débroussaillage; grouper et déplacer les populations; passeport sanitaire; pas de massacre du gibier. Il estime que pour le Congo Belge cette méthode coûterait 12 à 15 millions de francs (soit les 3/4 de l'impôt indigène pendant au moins 7 ans et de plus un effectif à engager de 125 médecins et 125 agents sanitaires.

Dans la deuxième partie de sa communication il expose «*Le Combat contre la Trypanose au Congo Belge*». Dans son historique il fait état des mesures prises par le Gouvernement du Congo Belge depuis 1903. En réalité il s'agit jusqu'en 1908 de l'Etat Indépendant du Congo. L'auteur omet de souligner que les mesures édictées en 1903 étaient des mesures administratives et humanitaires et que la majorité des mesures imposées en 1906 l'ont été par lettre du Roi Souverain au Secrétaire Général du Département de l'Intérieur, Mr. Liebrecht, basées sur le rapport de la Mission Dutton-Todd de l'Ecole de Médecine tropicale de Liverpool. Elles consistaient dans l'installation de lazarets en pays contaminé et de postes d'observation et d'arrêt à la limite des zones considérées comme indemnes. Les lazarets seront, en 1906, au nombre de 12, en 1910, de 26 et les postes d'observation respectivement de 9 et 10. En

principe tous les malades devaient être isolés en vue de limiter les risques d'infection. Ces mesures étaient appliquées de manière très imparfaite. De plus, le nombre de malades diagnostiqués et traités ne représentait qu'une infime proportion des existences. La découverte des trypanosés se faisait au hasard des malades qui se présentaient spontanément aux hôpitaux ou à l'occasion de passages de caravanes aux postes d'observation ou au cours de prospections médicales à l'intérieur. Dès 1914 l'hospitalisation dans les lazarets sera réservée aux dormeurs et cas terminaux. Des centres de traitement ambulatoires seront établis, mais il n'y avait pas de recherche systématique des malades.

En 1913 il est procédé par Lejeune à Kiambi aux premiers essais de recherche de malades dans leurs villages, combiné à un système de traitement sur place. Environ 1 200 malades seront recensés et traités régulièrement par des auxiliaires noirs passant une fois par semaine à horaire fixe dans les villages.

Les essais furent interrompus en 1914, lorsque Lejeune est mobilisé pour servir dans le corps expéditionnaire de la Force Publique engagé en Afrique Orientale Allemande. Dès 1918, le recensement et le traitement systématique sur place seront repris, et étendus en vue d'une généralisation. En 1920, une ordonnance du Gouverneur général, rappelant les mesures prescrites contre la trypanosomiase, déclare la maladie du sommeil maladie infectieuse.

Lejeune décrit dans sa communication le système tel qu'il a évolué en une méthode uniforme de travail. Il s'agit du seul texte publié par Lejeune, donnant les détails de sa méthode. Il la fera appliquer dans la province Congo-Kasai dont il a été promu chef de service.

Le recensement systématique est fait par un européen (médecin, agent sanitaire, missionnaire diplômé), il est nominal et classé par familles (veuves et orphelins compris). Il doit être fait avec grand soin, car il complète ou remplace le recensement administratif déficient et l'absence d'un Etat civil. Une couverture de 80% ou plus est ainsi assurée.

Les suspects à examiner (présence de ganglions engorgés) et le diagnostic de la maladie sont inscrits sur la feuille de recensement. Les ponctions sont pratiquées et le résultat de l'examen microscopique est coché. Les individus positifs reçoivent sur le champ leur première injection. Les malades cliniques, sans ganglions, sont traités de même. Le traitement est confié à des injecteurs noirs, il comporte des cures de 8 à 12 injections hebdomadaires intraveineuses d'Atoxyl et sera suivi lors de la révision, après un repos de 6 mois, d'une nouvelle série si celle-ci est indiquée.

L'organisation des tournées des injecteurs noirs, garantissant un passage à jour fixe dans les villages, est basé sur une activité de 5 jours complétée par un jour de repos hebdomadaire et un jour au centre desservi par un européen, qui vérifie la liste de traitements qui doivent être reportés sur la fiche de traitement conservée au centre. Ce collaborateur soigne pour le réapprovisionnement en médicaments et contrôle le matériel.

Dans les régions très peuplées et ayant une forte proportion de trypanosés, l'installation d'un injecteur à demeure est admissible mais peu recommandable, car il entraîne des déplacements pour les malades et leur éventuel hébergement.

Le recrutement des injecteurs, leur formation, leur entraînement dans la pratique des injections intraveineuses, la préparation des solutions d'Atoxyl à 10%, l'entretien de la propreté du matériel, la stérilisation des seringues et des

aiguilles (les aiguilles en platine flambables sont trop coûteuses) se fait à l'eau phéniquée, le rincage entre 2 injections, l'essuiage de l'aiguille sur un tampon imbibé d'eau phéniquée, les quantités à administrer (1 seringue de 10ml pour un adulte, ramené à 3/4 en seconde période, à 1/2 pour un gamin et la voie sous-cutanée chez les bébés) etc, tout est bien codifié.

Les secteurs sont divisés en 3 circuits, assurant ainsi un roulement par 3 mois et le retour au 1^o groupe après 6 mois période pour sa première révision. Celle-ci est systématique, sert à compléter le recensement à chaque passage, mais est plus rapide: 200-250 personnes par jour contre 100-150 lors du premier, et devrait se poursuivre jusqu'à la négativité de la population. En brousse on ne dispose d'aucun argument scientifique pour déterminer le nombre d'injections ou de cures. Elles sont fixées en pratique à au moins 2, souvent à 3. On sait néanmoins que la guérison peut être acquise après 2 à 3 injections et que la majorité sont guéris après une série. D'autre part il y a des évolutions lentes parfois à multiples rechutes. La prophylaxie implique qu'il faut répéter les cures chez ces cas chroniques. En l'absence de techniques plus performantes pour la détection des trypanosomes, comme la triple centrifugation et la ponction lombaire, qui ne peut se pratiquer que dans les centres, il faut choisir les solutions dictées par le bon sens.

L'utilisation d'auxiliaires indigènes n'est pas sans provoquer parfois des inconvénients: relâchement, négligences, indiscipline, abus variés. Il en est de même des auxiliaires de l'Assistance Médicale aux Indigènes Bénévole (AMIB), qui suppléent au manque de personnel qualifié européen. Ce sont généralement des missionnaires. Ils ne respectent pas toujours les directives, négligent la transmission de rapports et considèrent cette activité comme accessoire et la concurrence entre dénominations peut compliquer l'organisation. Les employeurs de main d'œuvre sont assez peu intéressés, l'exception est la Forminière, qui a mis au Kasai un médecin et un agent sanitaire à la disposition de l'organisation officielle. Il est digne de remarque que cette organisation prévoyait des «Leçons de Propagande», précurseurs de l'éducation sanitaire.

Ce document exhaustif est complété par 24 pages d'annexes, fournissant entre autres les formulaires d'usage courant, l'Ordonnance de juillet 1920, où il n'est plus fait mention de lazarets.

L'approche du diagnostic de la maladie du sommeil en milieu hyperinfecté élaborée par J. Schwetz

J. Schwetz (27) avait rendu compte dans sa communication sur les travaux de la «*Mission Médicale Antitrypanosomique du Kwango-Kasai (1920-1923)*» qu'il avait été chargé d'organiser et de diriger dans ce vaste territoire à faible occupation administrative, mais hyperinfecté. Pour le diagnostic des malades, qui se chiffrent par dizaines de milliers, il avait opté pour la palpation des ganglions. Cette approche personnelle assez divergente de la «*méthode belge*», qu'il pouvait se permettre vu son autonomie de direction, avait créé quelque confusion.

Il semble indiqué de faire un petit détour par le cheminement qui l'a conduit à cette conception. Il avait été affecté en 1909-1910 à la lutte contre la maladie du sommeil dans le Bas Katanga où son intensité semblait une menace pour l'industrie naissante du cuivre. Nommé comme directeur du lazaret du

Tanganyika en construction à Baudouinville, il se rend dans les villages pour dépister les malades par l'examen microscopique du suc ganglionnaire et constate de nombreux faux négatifs. Il observe que par contre la recherche des hypertrophies ganglionnaires occasionnait moins d'erreurs. Cette conviction est confirmée au cours de sa prospection du Haut Lomami (1913-1916) où il portera en plus, en naturaliste, son attention sur les glossines, autre chaînon dont il voulait tenter de préciser les possibilités d'interruption. En 1918, Schwetz (25) est chargé d'une prospection «maladie du sommeil» au Moyen Kwilu (Kwango) où la maladie avait pris une allure alarmante et menaçait l'expansion agro-économique de cette région. En 1920, il (27, 28) sera chargé d'organiser et de diriger la *Mission Médicale Antitrypanosomique du Kwango* dont il avait conseillé la création. Mission qui sera indépendante de l'autorité du médecin provincial (E. Lejeune) et le restera jusqu'en juin 1923, lorsqu'il remettra la direction à un de ses collaborateurs.

Schwetz (26), qui avait élaboré dès 1919 le dépistage de la maladie du sommeil par palpation ganglionnaire dont il précisera les caractéristiques pour être considérées comme «typiques»: leur nombre (chapelet), leur dimension (noisette, noix, arachide) et leur consistance (mous, élastiques). Cette méthode peu scientifique basée sur un symptôme présumé «capital», semblait au total aussi fiable et beaucoup plus expéditive que la recherche microscopique. Celle-ci, réclamant 10 à 15 min. par échantillon et leur répétition pour les examens négatifs, était inapplicable en cas d'endémie grave (jusqu'à 50% et plus d'infectés). Il excluait pour des raisons similaires l'utilisation des gouttes épaisses et de la triple centrifugation. Cette approche personnelle différait notablement de celle pratiquée au Congo belge et en AEF.

Comme la Mission antitrypanosomique du Kwango était le programme le plus important en cours au Congo belge, Lejeune et Rodhain ne pouvaient se désintéresser de cette pratique de dégrossissement, schématique et certainement imparfaite, mais dont il était difficile de préjuger l'impact sur l'état endémo-épidémique après son application à un rythme régulier pendant quelques années, sanctionnée en plus par une atoxylation généreuse. L'évaluation objective entrainera l'abandon progressif de cet écumage. En 1926 elle fera place, aussi au Kwango, à la mise en évidence microscopique du trypanosome.

Lejeune (19) mentionne la méthode et la qualifie de «pratique». Rodhain en fera de même. Il est vrai que Schwetz était un scientifique ayant une tendance marquée à l'auto-suffisance sur un fonds de morgue. Ses compatriotes ne souhaitaient ni l'un, ni l'autre engager une discussion dans cette assemblée.

Intervention de E. Jamot

Le fait important est que la confusion créée par les communications de Lejeune (19) et Schwetz (27) amènera Jamot à intervenir dans la discussion et à exposer son propre point de vue et sa méthode. Il fait observer que le diagnostic de la maladie du sommeil «pour si difficile qu'il soit, n'est pas impossible en prophylaxie pratique». Les arguments qu'il présente sont basés sur son expérience portant sur une prospection couvrant 100 000 indigènes dont plus de la moitié ont été soumis à un examen microscopique effectué par une équipe de 8 microscopistes. Un contrôle des négatifs pratiqué plusieurs jours

après la première visite montre que s'il échappe des malades, leur nombre n'est pas très grand. Il remédie à cet inconvénient en traitant depuis 1917 à l'Atoxyl aussi les suspects. Il précise en plus que l'examen microscopique systématique de tous les habitants dans les contrées les plus infectées a fait constater que beaucoup d'indigènes, ne présentant aucune ou seulement une très légère hypertrophie ganglionnaire, étaient néanmoins parasités.

Il conclut que l'examen clinique, et en particulier la palpation des ganglions cervicaux, ne permet pas d'avoir une opinion sur le degré d'infection: le microscope est indispensable. Il émet pour terminer l'avis que pour les malades en première période il ne faut pas se contenter d'un blanchiment, car l'association Atoxyl-Néoarsenobenzol produit un coefficient de 90% de stérilisation dix mois après la fin du traitement.

Lejeune souligne dans sa réponse que la remarque de Jamot était basée sur un malentendu. Il n'avait pas dit qu'en pratique de brousse le diagnostic microscopique était impossible, il le pratiquait régulièrement, mais que l'utilisation de méthodes plus élaborées (triple centrifugation sanguine, ponction lombaire) n'était pas réalisable.

Ce malentendu a eu l'avantage d'offrir à Jamot l'occasion de donner des détails sur son expérience personnelle impressionnante. Du rapport de la Conférence il n'est pas possible de savoir si les deux innovateurs ont échangé par la suite des données ou des impressions sur la prophylaxie ambulatoire qu'ils tenaient fort à cœur l'un et l'autre.

La rachicentèse dans le diagnostic de la maladie du sommeil

En réponse à une question de Rodhain, Jamot précise que l'examen du LCR pour confirmer la guérison n'est pas fait. En 1929, il soulignait toujours «la gravité de la pratique systématique de la P.L., intervention douloureuse qui n'est peut-être pas toujours exempte de danger».

Or, dès 1908, Broden et Rodhain avaient codifié l'utilisation de l'exploration du LCR, notamment la recherche des trypanosomes, les réactions cytologiques et chimiques et leurs variations au cours de l'évolution de la maladie du sommeil qui permettaient de délimiter la phase de la maladie et de garantir la guérison. Cet intérêt pour le L.C.R. était logique, car la rachicentèse avait fourni en 1903 à Castellani (7) la clef de l'étiologie de la maladie du sommeil. L'examen du L.C.R. trouvera sa place dans la pratique courante du laboratoire de Léopoldville et de l'Institut Pasteur de Brazzaville. Formés par Broden, Mouchet et Dubois l'appliqueront lors de leur prospection des postes à bois du Chenal: première application en pratique ambulatoire en brousse?

L'introduction en 1920-21 dans la thérapeutique spécifique de la tryparamide par Brown et Pearce (6), va orienter davantage encore vers l'examen du L.C.R., parce que ce médicament, contrairement à l'Atoxyl, possédait des propriétés curatives en phase nerveuse. L'Atoxyl, qui restera d'usage courant jusqu'aux années trente, n'était, comme l'avait établi Ayres Kopke (1) en 1905, qu'un trypanocide périphérique très actif. Les centres bien outillés avaient acquis entre temps une grande expérience en matière de L.C.R. Lefrou et Ouzilleau (18) communiqueront en 1923 leurs observations à Brazzaville et Van den Branden (31) les siennes à Léopoldville.

Cette technique précieuse en usage courant dans les laboratoires centraux a été introduite progressivement dans d'autres centres et hôpitaux (en 1927, G.Sulsenti (29) et V.Pratti (23), en 1928, Gabba (9), en 1930, Bourguignon (5) et Barlovatz (2) et, en 1936, De Brauwere (8) fera le point sur cette question. Elle trouvera ainsi peu à peu sa place en pratique ambulatoire de brousse. Son usage systématique a été recommandé au Congo belge à partir de 1929 (9). Trolli (30) précisera, en 1940, que pour le Foreami «la ponction lombaire de diagnostic est pratiquée obligatoirement tant chez tous les trypanosés, que chez les suspects». Cette évolution se produira également dans les territoires français.

Sicé (24) présente, en 1930, cinq ans et demi d'expérience à l'Institut Pasteur de Brazzaville et exprime l'espoir que l'expérience ainsi accumulée amènera «la Mission de prophylaxie de la trypanosomiase humaine à inscrire à son programme, sans différer davantage la pratique de la rachicentèse».

Conclusions

Jamot est un personnage haut en couleur et pathétique, dont Lapeyssonnie (16-17) a fait un portrait attachant, qui après avoir mis sur pied une méthode de lutte, basée sur une prophylaxie médicamenteuse contre la maladie du sommeil en Oubangui-Chari, l'appliquera avec succès au Cameroun. La poursuite de ses efforts a été entravée par un malencontreux incident dont la responsabilité lui a été attribuée injustement, suite à une réaction intempestive et malencontreuse. La reconnaissance, il la trouvera chez les Camerounais qui, n'ayant pas oublié son engagement total pour vaincre la maladie du sommeil, érigeront le buste du médecin colonel Jamot à l'entrée du Ministère de la Santé. Exilé en A.O.F., il s'est vengé en mettant à jour la situation inquiétante, ignorée systématiquement, régnant dans ces territoires et en y organisant la lutte selon ses conceptions. Ses réalisations ne seront pas appréciées par les autorités administratives et il fait valoir ses droits à la retraite en 1936. Il s'installe comme médecin de campagne à Sardent et y meurt d'une attente vasculaire cérébrale en 1937, à l'âge de 57 ans.

Lejeune, docteur en médecine de l'Université de Liège et diplômé de l'Ecole de Médecine tropicale de Bruxelles en 1910, est affecté, en 1911 à l'âge de 25 ans, au poste de Kiambi (N.Katanga). Il réalisera rapidement le caractère illusoire du lazaret dans la lutte contre la maladie du sommeil et sera le premier à innover le dépistage des malades dans leurs villages et à les traiter sur place. Sa mobilisation pour la campagne 1914-18 dans l'Est Africain Allemand viendra interrompre ses activités encourageantes dans la mise au point d'un système adapté aux besoins des populations rurales. Il reprendra ses activités en 1918. Ses états de service, tant dans le domaine militaire que civil, lui vaudront sa promotion en 1922 à la fonction de médecin provincial pour le Congo-Kasai. Il y organisera la méthode ambulatoire, sujette à révision périodique en vue d'une méthodologie mieux appropriée. La Mission autonome du Kwango, dirigée par Schwetz, échappera à cette méthode jusqu'en 1924. Par contre elle sera adoptée, avec des modalités diverses, dans les autres régions de la Colonie (Rodhain, 1950). Lors de sa mise à la retraite, il s'installera comme médecin privé à Albertville (N.Katanga), jusqu'à son retour en Belgique où il mourra à Etterbeek en 1962, à l'âge de 75 ans. La carrière de ce praticien compétent, dévoué, imaginatif s'est développée sans heurts. Il se satisfaisait

d'avoir pu traiter et guérir de nombreux trypanosés et d'avoir abaissé le nombre de contaminations nouvelles. Jamais il n'a revendiqué la paternité du système ambulatoire organisé au Congo belge. Il est l'illustration du médecin tropicaliste belge, compétent grâce à une solide formation, travailleur, organisateur, dynamique, capable de concevoir des solutions »ad hoc« lorsque confronté avec des problèmes apparemment insolubles et de les appliquer avec bon sens et ténacité.

La contribution de Jamot et de Lejeune a été capitale. Ils ont trouvé l'un et l'autre une solution à un problème de grande envergure hypothéquant sérieusement l'avenir des territoires de l'Afrique intertropicale. La variabilité et l'expansion territoriale du chaînon vecteur limitant la prophylaxie mécanique à des cas d'espèce locaux, ils se sont acharnés sur la prophylaxie chimique chez les porteurs des trypanosomes humains. Pour ce faire il fallait les chercher, les identifier et les traiter là où ils vivaient. Pour réaliser ce programme ils ont dû former des équipes d'auxiliaires et établir des programmes de tournées répondant aux besoins d'une couverture générale et régulière.

Lejeune a eu l'avantage d'avoir œuvré dans un seul pays dont les gouvernants étaient conscients de l'importance du problème et soucieux de le solutionner. Les dirigeants médicaux, familiarisés avec les problèmes vécus sur le terrain, étaient convaincus de l'irréalisme des lazarets (hypnoseries) comme lieu de rassemblement et de traitement des trypanosés et du besoin de nouvelles solutions.

Ce serait, à mon sens, un exercice futile que de vouloir accorder, en fonction d'une date, à l'un ou à l'autre une priorité que les innovateurs n'ont jamais réclamé. Ils ont été confrontés avec des problèmes graves fondamentalement similaires, quoique dans des situations écologiques souvent différentes, et ont trouvé des solutions pour assurer une couverture maximale indispensable, un système de détection pratique, scientifiquement satisfaisant, et des modalités adéquates pour assurer le traitement régulier des trypanosés.

Lejeune a pu le faire sous forme d'une «*expérience pilote*» qui a été adoptée et adaptée progressivement par le service médical et qui connaîtra son expansion maxima dans le cadre du Foreami. Ce fut un parcours sans heurts.

Jamot par contre a du établir une «*méthode*» à l'échelon de territoires immenses, Oubangui-Chari, Cameroun et A.O.F. et sans bénéficier toujours de compréhension ou d'attitude positive des autorités administratives et même médicales. Son parcours fut semé d'obstacles divers. Il a néanmoins été l'animateur, sinon le revendicateur, des services mobiles autonomes S.G.A.M.S. (*Service Général Autonome pour la Maladie du Sommeil*) ou le S.G.H.M.P. (*Service général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie*). Il a mis en plus au point une doctrine, précisée sous forme de huit postulats qui seront la base pour établir en Afrique centrale un Service de Santé Rurale (15). Jamot a eu le rôle le plus difficile et à portée plus générale: il y a une «*Doctrine Jamot*».

REFERENCES

1. Ayres Kopke: Tratamento da doença do sono. Rev. Méd. Angola 1923, **4(IV)**, 51-61.
2. Barlovatz A: Le liquide céphalo-rachidien chez quelques trypanosés devenus arsénorésistants pendant le traitement. Ann. Soc. Belg. Méd. Trop., 1930, **10**, 415-421.
3. Blanchard M, Lefrou G: Résultats des plus récentes recherches faites à l'Institut Pasteur de Brazzaville sur le diagnostic, le pronostic, le traitement et la prophylaxie de la maladie du sommeil. Rev. Méd. Angola 1923, **4(IV)**, 65-83.

4. Blanchard M, Laigret J: Sur la **prophylaxie** de la maladie du sommeil; à propos de la Mission Schwetz au Congo belge. Bull. Soc. Pathol. Exot., 1924, **17**, 485-501.
5. Bourguignon GC: De l'importance actuelle de la ponction lombaire dans le dépistage et le tri de la maladie du sommeil. Bull. Soc. Pathol. Exot., 1930, **23**, 90-99.
6. Brown WH, Pearce L. The toxic action of N-phenylglycinamide p. arsenic acid. J. Exper. Med., 1919, **30**, 417.
7. Castellani A: On the discovery of a species of trypanosome in the cerebro-spinal fluid of cases of sleeping sickness. Proc. R. Soc., 1903, **71**, 501-508.
8. De Brauwere PA: La pratique de la rachicentèse dans la prophylaxie antitrypanosomique est-elle justifiée? essai sur la nécessité d'une organisation en médecine coloniale (dissertation). Antwerpen, Institut de Médecine Tropicale (IMT), 1936, 68 pp. (IMT/Examen B).
9. Gabba C: La maladie du sommeil sans le district du Kwango. Bruxelles: FOREAMI, 1938, 31 pp.
10. Jamot E: Essai de prophylaxie médicale de la maladie du sommeil dans l'Oubangi-Chari. Bull. Soc. Pathol. Exot., 1920, **13**, 343-376.
11. Jamot E: De l'utilisation des naturels de l'Afrique équatoriale pour lutter contre la maladie du sommeil. Ann. Méd. Pharm. Colon., 1921, **19**, 85-92.
12. Jamot E: Au sujet du traitement prophylactique de la maladie du sommeil. Bull. Soc. Pathol. Exot., 1926, **19**, 463-471.
13. Jamot E: La maladie du sommeil au Cameroun en janvier 1929. Bull Soc Pathol Exot 1929; **22**, 473-496.
14. Jamot E: La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun. Ann. Inst. Pasteur, 1932, **48**, 481-539.
15. Labusquière R: Santé rurale et médecine préventive en Afrique; stratégie à opposer aux principales affections. Bar-le Duc, Editions St. Paul, 1974, 437 pp.
16. Lapeyssonnie L: Moi, Jamot; le vainqueur de la maladie du sommeil. Presses de l'INAM; Louis Musin, Bruxelles, 1987, 198 pp.
17. Lapeyssonnie L: La médecine coloniale; mythes et réalités. Paris, Seghers, 1988, 310 pp.
18. Lefrou G, Ouzilleau F: Etude du liquide céphalo-rachidien considéré dans ses rapports avec l'évolution et le traitement de la maladie du sommeil. Ann. Inst. Pasteur, 1922, **36**, 834-850.
19. Lejeune E: La prophylaxie de la maladie du sommeil; son organisation au Congo belge. Rev. Méd. Angola., 1923, **4(IV)**, 179-199.
20. Letonturier, Tanon, Jamot: La maladie du sommeil au Cameroun et sa prophylaxie. Rev. Méd. Angola, 1923, **4(IV)**, 143-147.
21. Martin G, Lebœuf, Roubaud: Rapport de la mission d'études de la maladie du sommeil au Congo français. Paris, Masson, 1909, 720 pp
22. Martin G (rapporteur): Notes sur la prophylaxie de la maladie du sommeil. Bull. Soc. Pathol. Exot., 1920, **13**, 477-485.
23. Pratti V: A propos du diagnostic de la maladie du sommeil en brousse (dissertation). Antwerpen, Institut de Médecine Tropicale (IMT), 1927, 28 pp. (IMT/Examen B).
24. Sicé A: Cinq ans et demi de pratique de la ponction lombaire appliquée à la trypanosomiase humaine. Bull. Soc. Pathol. Exot. 193023, 23-29.
25. Schwetz J: La maladie du sommeil dans le moyen-Kwilu (district du Kwango, Congo belge) en 1918. Bull. Soc. Pathol. Exot. 1919, **12**, 798-812.
26. Schwetz J: A propos du diagnostic le plus expéditif de la maladie du sommeil dans la pratique ambulatoire de la brousse Bull. Soc. Pathol. Exot., 1919, **12**, 726-730.
27. Schwetz J: Compte-rendu succinct des travaux de la mission médicale du Kwango Kasai en 1920-1923. Rev. Méd. Angola, 1923, **4(IV)**, 151-155.
28. Schwetz J: La lutte **contre la maladie du sommeil** dans les districts du Kwango et du Kasai (Congo belge) en 1920-1923. Bull. Soc. Pathol. Exot., 1924, **17**, 76-86.
29. Sulsenti G: Mes trois ans dans la M.M.M.S.B. (Dissertation). Antwerpen, Institut de Médecine Tropicale (IMT), 1927, 40 pp. (IMT/Examen B, 53).
30. Trolli G: Méthode originale d'assistance médicale aux indigènes en milieu rural appliquée au Congo Belge; Fonds Reine Elisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes (FOREAMI). Bruxelles Méd. 1939-40, **20**, 147-184, 217-253, 272-308, 324-347.
31. Van den Branden F: Le tryparsamide chez les trypanosés chroniques; communication préliminaire. Bull. Soc. Pathol. Exot. 1925, **18**, 645-647.
32. Vassal J: L'organisation de la lutte contre la maladie du sommeil en Afrique Equatoriale Française. Rev. Med. Angola, 1924, **4 (vol. IV)**, 30-32.
33. Vassal J: Utilisation des noirs en Afrique Equatoriale Française. Rev. Med. Angola, 1924, **4 (vol. I)**, 221-225.