

LA TRYPANOSOMIASE EN OUBANGUI-CHARI.
LE FOYER DE NOLA, SA CHIMIOPROPHYLAXIE
PAR LA PENTAMIDINE ET LA LOMIDINE

Par P. LE GAC (*)

Il y a quelques années à peine, la trypanosomiase représentait encore l'endémie la plus importante et la plus redoutable rencontrée en Oubangui-Chari. Elle sévissait à peu près sur toute l'étendue de ce territoire, mais se manifestait avec plus d'intensité et de violence dans un certain nombre de foyers en tête desquels s'inscrivaient ceux de Nola et de Bossangoa.

A l'heure actuelle, la prophylaxie systématique appliquée par les services médicaux, et en particulier par les secteurs mobiles, a considérablement amélioré la situation sanitaire. Les graphiques de contamination nouvelle se sont abaissés progressivement, atteignant un seuil qu'ils n'ont pu cependant franchir que grâce à l'introduction dans la thérapeutique de la pentamidine et de la lomidine.

Ce sont les résultats de cette prophylaxie en Oubangui-Chari que nous exposerons dans trois notes correspondant aux derniers bastions de la trypanosomiase dans ce territoire et localisés à Nola, Bossangoa et Bimbo. La découverte de ce nouveau foyer aux portes mêmes du chef-lieu est toute récente. Elle remonte à peine à quelques mois, peu après la création du secteur mobile n° XIII, dont il souligne ainsi l'utilité.

Nola, situé en Haute-Sangha, à l'intersection des frontières du Cameroun et du Moyen-Congo, a toujours été considéré, et cela à juste titre, comme l'un des plus anciens et des plus importants foyers de trypanosomiase de l'A. E. F.

C'est cette région dévastée, qui en 1912 inspira à PSICHARI, alors sous-officier d'artillerie coloniale au poste de Carnot, le livre qu'il intitula : *Terre de soleil et de sommeil*.

Malgré les efforts incessants des services de prophylaxie, on y notait encore en 1933 des indices de contamination nouvelle de l'ordre de 25 o/o pour l'ensemble de la région, et de 45 o/o pour le pays M'Bimou.

(*) Séance du 11 avril 1951.

Le pays M'Bimou, formé par l'ensemble des quatre terres Biakombo, Bikoum, Bidjoki et Kuapuli, groupant au maximum 4.000 habitants, représentait ainsi dans ce foyer de Nola une tache où l'endémie se manifestait avec beaucoup plus d'ampleur que par-

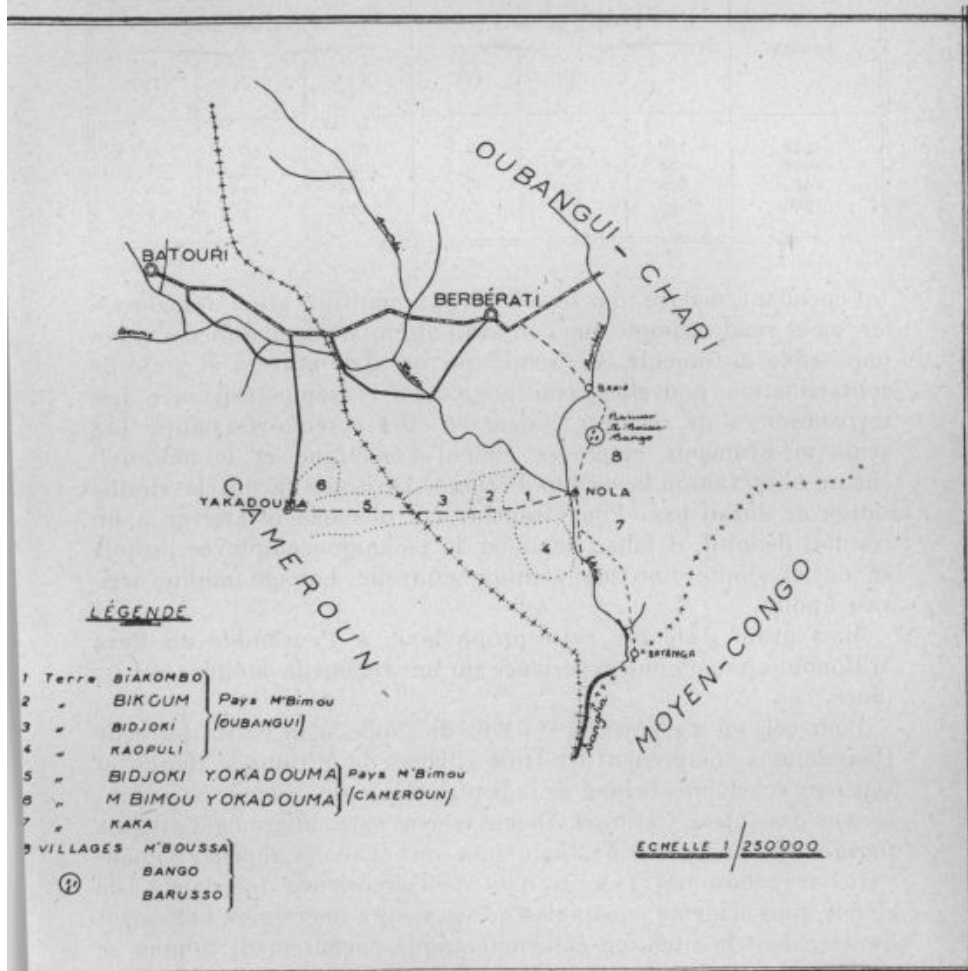


Fig. 1. — Topographie du pays M'Bimou.

tout ailleurs. La prophylaxie se compliquait du fait qu'il se prolongeait, au Cameroun, par les deux terres Bidjoki et Bikoum Yokadouma, dont les habitants de même race se marient entre eux et créent un va-et-vient incessant au travers d'une frontière administrative qu'ils ignorent.

L'après-guerre permit d'intensifier la lutte dans ce foyer par la création du secteur mobile n° X. Le tableau suivant donne une idée exacte des résultats acquis au cours de ces années.

Années	District de Nola			Pays M'Bimou		
	NT	ICN	IVC	NT	ICN	IVC
1943	720	12,2	16,5	615	20	24
1944	738	6,6	9,4	392	18,1	21,4
1945	470	4,2	5,	224	12	9
1946	330	4	5	177	7	7,2

Cependant, malgré tous les efforts et la multiplication des contrôles, on se rendit compte que l'on avait atteint un seuil difficile, sinon impossible à franchir. Ce seuil, qui oscillait entre 4 et 7 0/0 de contaminations nouvelles, avait pour cause l'arsénio-résistance. Les trypanosomés de ce foyer étaient en effet arsénio-résistants. Les seuls médicaments employés étaient l'émétique et le moranyl, encore observait-on beaucoup d'échecs. De toute façon, la stérilisation ne durait pas. Pour franchir cet obstacle et arriver à un résultat définitif, il fallait modifier la technique employée jusqu'à ce jour et adopter une thérapeutique nouvelle. La pentamidine arrivait à point.

Mais avant d'étendre cette prophylaxie à l'ensemble du Pays M'Bimou, on tenta une expérience sur une région de moindre importance.

Pour cela on s'adressa, à 30 km. de Nola, à la petite terre de Boumbouma comprenant les trois villages de M'Boussa, Bongo et Barusse, échelonnés le long de la route principale, à environ 500 m. les uns des autres. Ces trois villages étaient particulièrement atteints puisque, sur un total de 523 habitants, on venait d'y dépister 85 nouveaux trypanosomés. Les résultats de l'expérience devenaient, de ce fait, plus évidents puisqu'ils s'adressaient à une région nettement limitée, dont la situation épidémiologique parfaitement connue se traduisait par : ICN : 21,25 0/0 ; IVC : 24 0/0.

En juin 1946, 426 sujets non trypanosomés reçurent une injection intramusculaire de pentamidine à la dose de 4 mg. par kilogramme de poids pour les enfants de 5 à 12 ans, et de 5 mg. par kilogramme de poids pour les sujets de plus de 12 ans. Cette injection devait être renouvelée à deux reprises à six mois d'intervalle. En fait, au cours de cette expérience, les 426 sujets traités n'ont reçu la pentamidine que dans les proportions suivantes : 115 sujets :

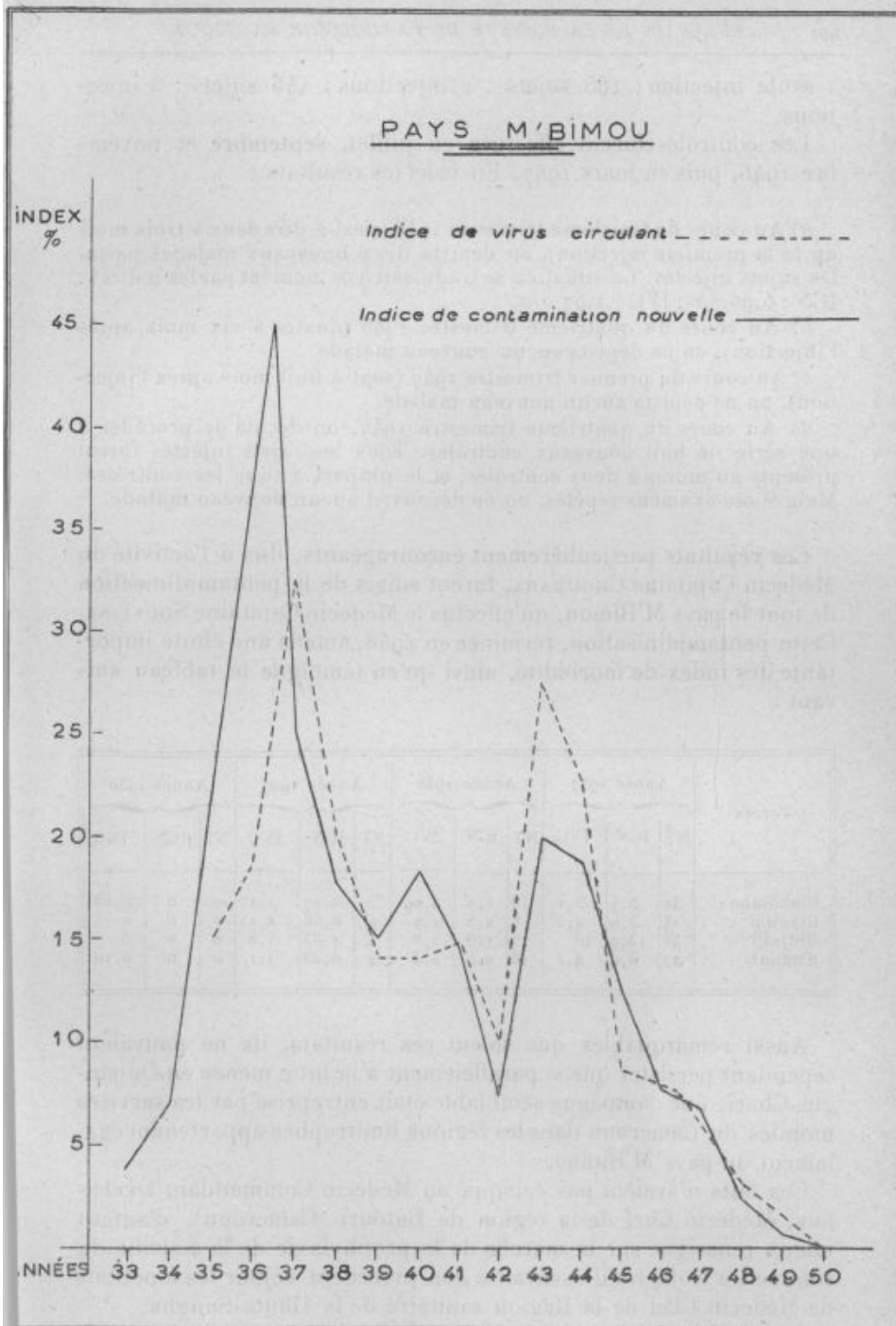


Fig. 2. — Indices trypanosomiens en pays M'Bimou.

1 seule injection; 165 sujets : 2 injections; 146 sujets : 3 injections.

Les contrôles furent effectués en juillet, septembre et novembre 1946, puis en mars 1947. En voici les résultats :

a) Au cours du troisième trimestre 1946 (c'est-à-dire deux à trois mois après la première injection), on dépista deux nouveaux malades parmi les sujets injectés. La situation se traduisait à ce moment par les indices : ICN : 0,90 0/0; IVC : 1,07 0/0.

b) Au cours du quatrième trimestre 1946 (quatre à six mois après l'injection), on ne dépista aucun nouveau malade.

c) Au cours du premier trimestre 1947 (sept à huit mois après l'injection), on ne dépista aucun nouveau malade.

d) Au cours du quatrième trimestre 1947, on décida de procéder à une série de huit nouveaux contrôles. Tous les sujets injectés furent présents au moins à deux contrôles, et la plupart à tous les contrôles. Malgré ces examens répétés, on ne découvrit aucun nouveau malade.

Ces résultats particulièrement encourageants, dus à l'activité du Médecin Capitaine CHOUMARA, furent suivis de la pentamidinisation de tout le pays M'Bimou, qu'effectua le Médecin Capitaine SOUVEINE. Cette pentamidinisation, terminée en 1948, amena une chute importante des index de morbidité, ainsi qu'en témoigne le tableau suivant :

Terres	Année 1947			Année 1948			Année 1949			Année 1950		
	NT	ICN	IVC	NT	ICN	IVC	NT	ICN	IVC	NT	ICN	IVC
Biakombo . .	41	5,7	5,1	18	2,2	3,09	2	0,27	1,1	0	0	0,13
Bikoum . . .	14	3,9	4,5	8	2,5	2,2	2	0,66	2,1	0	0	0
Bidjoki . . .	48	13,9	10	7	1,6	2,8	4	1,33	1,5	0	0	0
Kuapuli . . .	27	3,9	4,1	18	2,5	2,3	2	0,33	1,1	0	0	0,10

Aussi remarquables que soient ces résultats, ils ne pouvaient cependant persister que si parallèlement à la lutte menée en Oubangui-Chari, une campagne semblable était entreprise par les services mobiles du Cameroun dans les régions limitrophes appartenant également au pays M'Bimou.

Ces faits n'avaient pas échappé au Médecin Commandant DEBERGUE, Médecin Chef de la région de Batouri (Cameroun), d'autant mieux renseigné sur la marche de la prophylaxie de la maladie du sommeil à Nola, qu'il assurait à son précédent séjour les fonctions de Médecin Chef de la Région sanitaire de la Haute-Sangha.

Sur sa demande, une prospection rigoureuse fut entreprise par le

S. H. M. P. du Cameroun dans le district de Yokadouma, dont relève le pays M'Bimou camerounais.

Des contrôles effectués les 25 octobre et 8 novembre 1948 permirent de dépister 382 nouveaux malades sur 2.737 indigènes examinés, situation se traduisant au point de vue épidémiologique par les indices : ICN : 13,9 0/0 ; IVC : 14 0/0.

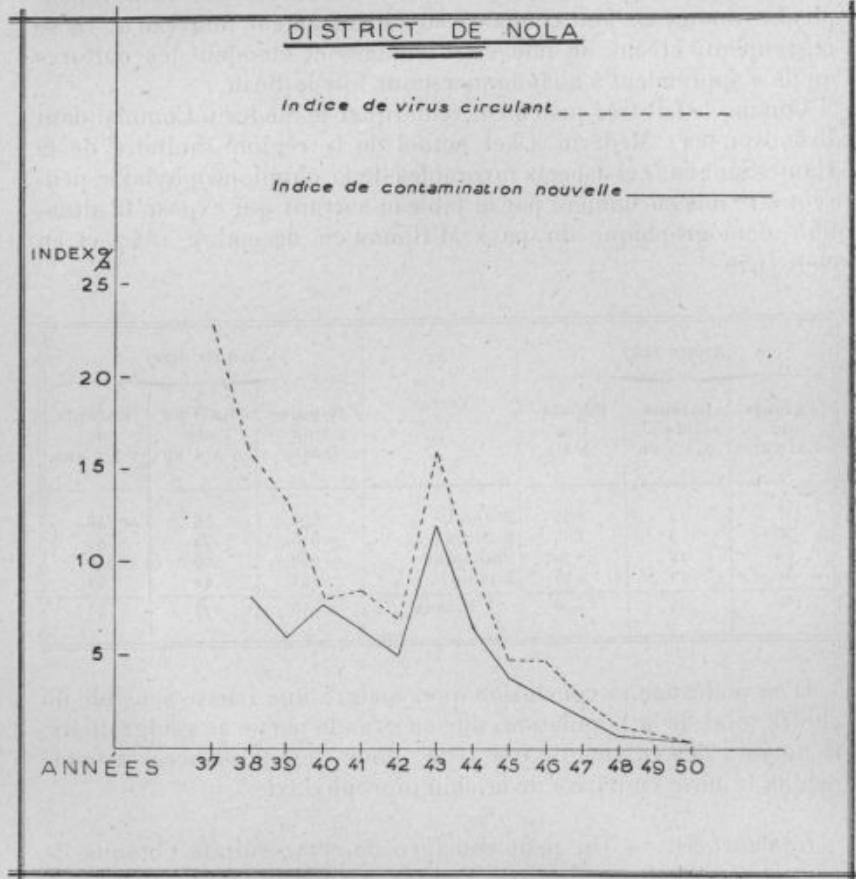


Fig. 3. — Indices trypanosomiens dans le district de Nola.

Ces constatations décidèrent la pentamidinisation de cette région.

En mai 1949, les différentes prospections ne purent déceler que 7 nouveaux malades, abaissant ainsi les indices à : ICN : 0,20 0/0 ; IVC : 0,30 0/0.

Ces résultats se sont depuis améliorés et tendent à devenir sem-

blables à ceux obtenus dans la portion oubangienne du pays M'Bimou.

Depuis 1950, la lomidine a remplacé la pentamidine, et la lomidinisation se poursuit activement dans l'ensemble du district de Nola. On peut espérer que dans un avenir très proche (deux ou trois ans) ce foyer sera complètement assaini.

Cette campagne a déjà porté ses fruits. Le foyer de Nola se repeuple. Les indigènes font confiance au « médicament nouveau ». Ils se regroupent, créent de nouveaux villages et étendent les cultures qu'ils s'approprièrent à abandonner pour fuir le fléau.

Comme le fait très justement remarquer le Médecin Commandant LEGROSIDIER, Médecin Chef actuel de la région sanitaire de la Haute-Sangha, ces aspects favorables de la chimioprophylaxie peuvent être mis en lumière par le tableau suivant qui expose la situation démographique du pays M'Bimou en décembre 1947 et en août 1949 :

Année 1947			Terres	Année 1949		
Enfants de 1 à 7 ans	Enfants de 0 à 1 an	Population totale		Population totale	Enfants de 0 à 1 an	Enfants de 1 à 7 ans
15	11	768	Bidjoki . . .	691	34	43
35	3	663	Bikoum . . .	575	35	47
60	28	1.170	Biakombo . . .	968	66	88
56	22	905	Kuapuli . . .	741	42	62
166	64	3.506	Totaux .	2.975	177	240

D'où se dégage la conclusion que, malgré une baisse sensible du chiffre total de la population, due en grande partie aux migrations, le nombre des enfants de 0 à 1 an, donc des naissances, a triplé depuis la mise en œuvre de la chimioprophylaxie.

Conclusions. — On peut conclure de ces résultats obtenus de part et d'autre de la frontière A. E. F.-Cameroun que la pentamidinisation et la lomidinisation préventive constituent à l'heure actuelle la technique de choix pour maîtriser et assainir un foyer épidémique de trypanosomiase, sans oublier toutefois que les mesures administratives et agronomiques demeurent indispensables.

*Direction locale de la Santé Publique
de l'Oubangui-Chari.*