

Extrait du Rapport
de la Mission médicale antitrypanosomique
du Kwilu-Kwango, 1920-1921.

PAR

Dr. J. SCHWETZ.

(Déposé en juillet 1921.)

En 1919, après avoir fait en 1918-1919, un séjour de quelques mois au Kwango, je fus chargé d'y diriger la lutte contre la trypanose humaine. Une véritable mission médicale antitrypanosomique fut organisée, et je relate dans ces notes l'organisation, le travail et les premiers résultats obtenus.

Je me proposais d'organiser le travail de la Mission de la manière suivante : un médecin accompagné de plusieurs infirmiers noirs commence l'examen des villages d'une région déterminée d'un territoire, par exemple, dresse les liste des malades en plusieurs exemplaires, et donne aux malades la première injection d'atoxyl, séance tenante. Après avoir examiné ainsi de dix à vingt villages (selon l'importance de ces villages, le nombre de malades et les distances entre ces villages) le médecin y laisse un infirmier pour continuer le traitement, une injection tous les dix jours environ. Les injections doivent être inscrites sur une feuille volante *ad hoc*, c'est-à-dire sur un duplicata de la liste des malades. Un troisième exemplaire de cette même liste est remis à un agent sanitaire qui refait le même voyage quelque temps après, pour contrôler les infirmiers, pour constater le nombre d'absents, pour dénicher les récalcitrants, etc. Quand le médecin a visité de cette manière une centaine de villages (qui sont en général peu distants les uns des autres, dans le Moyen-Kwilu) et placé sept ou huit infirmiers, c'est-à-dire en trois mois environ, il

refait son voyage pour voir si tout a été bien fait. Après dix injections environ, c'est-à-dire après un travail d'environ six mois dans la région en question, cette dernière est temporairement abandonnée et tout le monde — le médecin, l'agent sanitaire et les infirmiers — recommence le même travail dans une région voisine. Après la fin du travail dans la deuxième région, le médecin recommence sa tournée pour réexaminer la population et pour constater les résultats obtenus parmi les traités, d'abord, et parmi les autres, ensuite, c'est-à-dire pour voir ce que sont devenus les anciens traités (bien portants, malades, dormeurs, morts) et combien (quelle proportion) il y a de nouveaux malades parmi ceux qui ne l'étaient pas lors du premier examen. Le médecin refait alors — ou doit refaire — une deuxième série d'injections à tous les anciens malades (même s'ils se portent apparemment bien) et aux nouveaux, une série beaucoup plus courte cette fois-ci, de cinq injections, par exemple. De sorte que vers la fin de la deuxième année de l'existence de la Mission, on devrait déjà pouvoir juger du résultat préliminaire.

Je me proposais de placer un médecin et un agent sanitaire par territoire, c'est-à-dire de travailler simultanément dans les trois territoires du Moyen-Kwilu : Bulungu-Kikwit et Niadi.

Le diagnostic est posé au moyen de la palpation ganglionnaire et on n'a recours au microscope que dans des cas spéciaux, par exemple, dans les postes et surtout à la limite des régions contaminées, et dans les examens de contrôle. Le traitement se fait uniquement à l'atoxyl ou la soamin, en injections intra-musculaires ou intra-veineuses, l'émétique étant d'un dosage difficile et dangereux dans les mains d'infirmiers noirs. En passant, et si le temps le permet, on expérimente certains traitements simplifiés (par exemple, l'atoxyl per os) sur plusieurs lots de malades. Les doses employées sont d'un gramme pour les adultes et de 0,5 gr. — et moins, selon l'âge — pour les garçons et les fillettes. Les malades ne doivent pas s'éloigner de leurs villages pendant toute la durée du traitement pour ne pas échapper aux injections.

Tel est grosso modo le schéma que je me proposais d'appliquer et de pratiquer, tout en sachant d'avance qu'un schéma ne peut jamais être appliqué tel quel, et qu'il doit être modifié suivant les circonstances locales. Tel est le schéma que je

tâche encore d'appliquer moi-même et que je propose aux autres de tâcher d'appliquer, malgré que, jusqu'à présent, j'aie été forcé de m'en éloigner bien souvent et bien loin.

Déjà peu de temps après mon retour dans le Kwilu, j'ai dû me convaincre que malgré tout mon pessimisme, j'avais été trop optimiste dans mes prévisions, et mon programme, si restreint déjà, a dû être restreint davantage. Ainsi, au lieu de pouvoir travailler simultanément dans trois territoires, nous avons dû nous borner à travailler pour commencer du moins, dans un seul, où nous arrivons à peine à achever la première série d'injections au moment où j'écris ces lignes, c'est-à-dire après toute une année de labeur, et de quel labeur ! Ce seul fait démontre déjà les efforts gigantesques qu'il faudra mobiliser pour pouvoir lutter contre la maladie du sommeil dans la Colonie. Il suffit de se rappeler qu'il y a en moyenne une dizaine de territoires par district, et que la Colonie est divisée en vingt-deux districts. Il est vrai que, heureusement, la situation n'est pas aussi grave partout que dans le Kwilu, d'une part, et que le Kwilu-Kwango est un des districts les moins occupés, d'autre part. Or, c'est le manque d'occupation qui était ici la cause principale et même primordiale de toutes nos difficultés.

J'ai ensuite dû renoncer au projet de faire travailler simultanément deux Européens — un médecin et un agent sanitaire dans la même région. Le grand nombre de villages à examiner, le grand nombre de malades à soigner, les difficultés rencontrées dans le traitement, le mauvais vouloir des indigènes, la pénurie d'infirmiers et la nécessité d'un contrôle permanent du travail de ces derniers, m'ont forcé de diviser le territoire en plusieurs champs d'action, avec un Européen dans chacun d'eux, un agent sanitaire au même titre qu'un médecin. J'ai aussi dû me convaincre bientôt que moi-même — un des trois médecins — qui comptait avoir ma région au même titre que les autres membres de la Mission — était hors de combat pour ainsi dire. Les nombreuses difficultés à résoudre, le souci constant de fournir à temps à chacun le matériel nécessaire et les indications indispensables, m'ont forcé à m'immobiliser et à me consacrer presque uniquement au travail administratif et organisateur, d'autant plus absorbant et peu intéressant que, pour des raisons compréhensibles, je ne désirais pas immobiliser également un agent sanitaire pour

faire les fonctions de commis de la Mission. Je considérais, et je considère l'organisation minutieuse et la direction permanente d'une telle importance vitale pour la réussite de la Mission que j'ai dû renoncer personnellement pour bien longtemps, à tout travail scientifique et même simplement médical, en dehors d'un certain rayon autour du poste même de Kikwit. Le peu de confiance que l'on peut avoir en des infirmiers noirs et l'inobéissance des indigènes ont, en outre, forcé les membres Européens de la Mission à consacrer une grande partie de leur temps à faire des injections eux-mêmes, ou du moins d'y assister... La principale raison de la non-réussite de la lutte contre la maladie du sommeil comme on la pratiquait dans la Colonie, résidait, d'après moi, dans la sporadicité de cette lutte. Le médecin soignait les malades des environs du chef-lieu, et faisait parfois de courtes apparitions par ci par-là, selon le hasard d'un rapport d'un administrateur ou d'un missionnaire, l'ordre de son commissaire ou un voyage pour aller voir un agent malade. Les missionnaires soignaient leurs catéchumènes-internes, les environs de la mission et parfois quelques villages plus éloignés, selon le hasard d'une tournée d'évangélisation. On comprend alors aisément que ce système n'a pas donné et n'a pas pu donner de résultats réels. (Je fais abstraction de quelques rares cas et coins, je parle de la Colonie en général.) C'est à cet inconvénient que devaient parer, dans mon idée, les Missions ou Commissions médicales. Mon principal souci était par conséquent, et dès le début, de travailler et de faire travailler en régions continues et contiguës, sans interruptions, sans endroits négligés, sans îlots inoccupés. Je suis un peu cartographe et un grand amateur de cartes géographiques. Je fais toujours des relevés de mes voyages. Avant de distribuer le travail, j'avais visité diverses régions du territoire et avais élaboré un plan d'action. Mes collaborateurs étaient chargés de chercher *tous* les villages de leur région respective, et ils s'en acquittaient — et s'en acquittent — avec un dévouement au-dessus de tout éloge, ne craignant pas les mauvais sentiers indigènes et parfois même leur absence, ni la marche pénible dans les bas-fonds boisés, marécageux et inextricables, ni les montées et descentes fatigantes dans les terrains très accidentés, ni même le dépit de trouver un hameau vide après plusieurs heures de marche exténuante. Je puis dire que je distribuais et dirigeais le travail avec une carte

devant les yeux et surtout dans la tête, en veillant à ce que les membres de la Mission se rencontrent avec leurs voisins à la périphérie de leur région respective, afin d'éviter des lacunes entre ces régions, et de rendre impossible l'existence de foyers de récalcitrants. Toutes ces précautions démontrent que je me rendais bien compte qu'il était très difficile de soigner tout le monde, tous les malades. Mais la pratique a démontré que sous ce rapport aussi, j'avais encore été trop optimiste.

Il serait tout à fait utopique de croire que, pour le moment, on peut examiner *toute* la population, voir *tous* les malades, et traiter *tous* les malades trouvés. Je fais déjà abstraction des agglomérations éparpillées, où le recensement complet est impossible. Je fais d'autant plus abstraction d'agglomérations récalcitrantes, où l'on ne voit personne ou très peu de monde. Je parle d'une région soumise, occupée et organisée, c'est-à-dire avec des villages alignés ou du moins bien groupés. Eh bien, même dans ces régions, on ne peut pas voir toute la population. De même qu'en Europe, on ne peut pas, arrivé dans une ville ou dans un village, y trouver tous les habitants, de même au Congo on ne peut pas trouver tous les indigènes présents au village le jour de son arrivée, même si cette arrivée a été annoncée, ou, je veux plutôt dire, si même cette arrivée n'a pas été annoncée. Il y a toujours des absents involontaires ou volontaires. Et, si bien examinée que soit une région, il reste toujours quelques hameaux perdus et non dénichés dans les bas-fonds ou dans la forêt. Aussi apprenons-nous à tout moment que, tantôt ici, tantôt là, après des mois et des mois de travail, on découvre quelque repaire inconnu. De sorte qu'il est tout à fait impossible d'examiner d'emblée tout le monde et, partant, de découvrir tous les malades. Il est de même quasi impossible de pouvoir traiter régulièrement tous les malades trouvés. Quoi que l'on fasse, il y a toujours des manquants aux séances d'injections. Ce fait n'étonnera d'ailleurs pas ceux qui connaissent le Congo, ni même ceux qui connaissent la pratique journalière des dispensaires populaires et gratuits en... Europe. Ce sont la nonchalance des indigènes et le manque d'autorité réelle des « chefs » qui en sont les causes principales : cela pour les régions encore primitives où la pénétration européenne est encore nulle. Quant à celles où la « civilisation » est déjà en pleine marche, le travail y est encore plus difficile et plus compliqué : parce que cette civili-

sation commence par l'installation dans les villages, de capita-acheteurs et de catéchistes qui deviennent bientôt des autorités locales aussi importantes et même plus importantes que les misérables petits chefs, qui se croient, à tort ou à raison, protégés par leurs employeurs, qui soignent avant tout les intérêts de ces derniers, et qui se croient bien souvent autorisés à négliger les ordres reçus des agents de l'État. On a beau donner l'ordre formel aux malades en traitement de ne pas quitter les villages pendant la durée du traitement, le premier capita venu les envoie en portage ou les recrute pour aller travailler chez tel ou tel commerçant. Quant au chef, qui n'en peut rien, il finit par mettre tout sur le dos du capita-acheteur, lequel, s'il n'est pas trop arrogant, ni ne se croit pas très important, s'éclipse temporairement du village... Alors commencent les recherches et les menaces, les billets adressés au commerçant, et les réponses innocentes et aigredouces de ce dernier : parce que tout le monde approuve la lutte contre la maladie du sommeil, mais à la condition qu'elle ne lèse pas ses intérêts particuliers, pas même temporairement. Il y a, bien entendu, et heureusement, de rares exceptions.

Pour des raisons d'ordre local, nous avons abandonné temporairement le territoire de Kikwit ; nous savons parfaitement bien que nous n'avons pas pu traiter tous les malades, c'est-à-dire que nous n'avons pas pu réaliser une cure ni une prophylaxie médicamenteuse absolues. Mais, sans atteindre l'idéal, ni encore moins l'absolu, nous avons accompli un travail dont on peut juger l'importance d'après les tableaux joints au rapport et par les chiffres que je donnerai plus loin.

J'espère que j'aurai à l'avenir d'autant moins de désillusions que je ne me fais pas d'illusion sur les difficultés que l'avenir nous réserve pour l'époque de notre deuxième examen du territoire de Kikwit. Nous étions pendant plusieurs mois huit fonctionnaires et agents dans ce territoire ; six de la Mission et deux du Service territorial et l'occupation de la région était relativement aisée. Mais il est plus facile d'occuper une région que de maintenir cette occupation. Il ne va rester à Kikwit que deux agents de l'Etat, dont un doit rester au poste. De sorte que quand les membres de la Mission reviendront dans ce territoire, en septembre, il y aura déjà certainement un recul.

Et les autres mesures ? Les déboisements, la surveillance de communication et leur réglementation, les postes d'observation, etc. ?

La Mission ne s'en occupe pas. Si nous avions voulu nous occuper de tout cela, nous aurions inutilement dispersé nos efforts. Parce que toutes ces mesures sont tout à fait irréalisables dans les conditions actuelles, et elles ne le seront pas avant bien longtemps encore. La seule surveillance des communications entre Leverville et Kikwit est presque irréalisable. L'existence d'un petit lazaret à Kikwit serait bien utile, mais cela immobiliserait un Européen. J'avais pensé installer un poste d'observation à Kikwit-centre de la Mission et terminus du Kwilu navigable, mais, outre que cela immobiliserait un Européen et plusieurs infirmiers noirs. J'y ai définitivement renoncé pour diverses raisons dont la principale est le désir d'éviter des complications avec les divers établissements européens, et avant tout avec les missions religieuses.

Notre effort se bornait donc, se borne, et se bornera à la création de vrais villages, à l'examen de leurs habitants et au traitement de malades dans ces villages, bref au travail curatif et à la prophylaxie médicamenteuse sur place « à l'intérieur ». Je fais abstraction d'un certain nombre de malades des environs de Kikwit que je faisais venir au poste pour le traitement, pour économiser les infirmiers, expérience qui a d'ailleurs parfaitement bien réussi. A part quelques exceptions, les malades convoqués venaient et viennent régulièrement. Mais ce n'est pas une expérience à généraliser, et cela pour diverses raisons.

Le territoire de Kikwit (voir carte).

Le territoire de Kikwit, un des onze territoires du district du Kwango, a grosso modo, la forme d'un carré : 5^e-6^e parallèle sud, et 18^e-19^e longitude est. En réalité les limites du territoire ne coïncident nullement avec ces lignes théoriques. Les limites orientale et occidentale sont faciles à définir : à l'est, la ligne de faite Kwilu-Kamtsha, et à l'ouest, la ligne de faite Kwengo-Inzia. Les limites septentrionale et australe sont plus difficiles à déterminer, ne coïncidant pas avec des rivières ni avec des lignes de faite. Deux grandes rivières

drainent cette région : le Kwilu — plus de cent mètres de large — et son affluent ; le Kwengo, un peu moins large, divisant le territoire en trois bandes parallèles : la rive droite du Kwilu, l'entre Kwilu-Kwengo, et la rive gauche du Kwengo. Dans la partie sud du territoire plusieurs affluents importants du Kwilu et du Kwengo, coulant tous du sud au nord, subdivisent l'entre Kwilu-Kwengo en plusieurs bandes parallèles. La rivière Lutshima notamment, affluent du Kwilu, avec ses deux affluents : la Bwele et la Lufuku, divise cette partie du territoire en quatre hauts plateaux : l'entre Kwilu-Lufuku, l'entre Lufuku-Bwele, l'entre Bwele-Lutshima et la rive gauche de la Lutshima. A peu près à la même hauteur, mais à l'ouest, deux affluents importants du Kwengo, la Ndjari et la Yambeshi subdivisent la rive droite du Kwengo également en plusieurs hauts plateaux parallèles : l'entre Kwengo-Yambeshi, l'entre Yambeshi-Ndjari et la rive droite de la Ndjari, même plateau en somme que la rive gauche de la Lutshima, dans le sud, du moins, au nord ce plateau étant coupé par la rivière Loso. Je fais ici abstraction de nombreux autres affluents et me bornerai à citer la petite rivière Longe qui, avec la Basse-Lutshima, forme, ou limite le haut et beau plateau de Kikandji.

Le territoire de Kikwit est *une région accidentée* et même très accidentée, mais de degré et de forme variant dans ses différentes parties. La partie nord est vallonnée, ou mamelonnée, et présente une succession de collines et de vallons-ruisseaux dans des combinaisons les plus variées. La différence d'altitude entre les plateaux-collines et les ravins-rivières est d'ici d'environ 100 ou 150 mètres : 600-650 mètres d'altitude, en chiffres ronds sur les premiers, et 500 mètres dans les derniers. Mais vers le sud la région change d'aspect. Les plateaux s'élèvent de plus en plus, en atteignant, à la latitude des postes commerciaux de Lutshima, Baaba et Kulungu, l'altitude de 850-900 mètres, tandis que les rivières, du moins les plus importantes, quoique barrées de rapides, coulent encore à une altitude pas bien plus élevée que 500 mètres, c'est-à-dire donc dans des vallées et dans des vallons très profonds, avec une différence de niveau atteignant parfois 350 mètres, et même davantage ! Cette région-ci est d'autant plus accidentée que les rivières sont ici nombreuses et les plateaux relativement étroits. Le pas-

sage d'un plateau à l'autre est ici un véritable exercice d'alpinisme. Encore plus au sud, vers la limite du territoire de Kandale, le pays devient par contre moins accidenté, ce qui provient de ceci : en quelques dizaines de kilomètres, presque toutes les rivières, sauf le Kwilu et le Kwengo, descendant en torrents impétueux, par une série de rapides, et de cascades, de 800 mètres d'altitude à 500 mètres, c'est-à-dire que dans l'extrême sud du territoire, la différence de niveau est relativement peu grande. Les plateaux descendent ici en outre vers les rivières par une pente douce. Parmi les innombrables rapides de la région, il faut citer la pittoresque et grande chute de la rivière Lufuku, près du ruisseau Bari, chute que je décrirai à l'occasion ailleurs et à laquelle j'ai donné le nom de Chute *Rutten* en l'honneur du distingué Vice-Gouverneur Général du Congo.

La végétation du territoire de Kikwit est mixte : *forêt* et *savane*, et inégalement répartie. Si grosso modo, on peut dire que la végétation arborescente diminue du nord au sud, les exceptions sont pourtant bien nombreuses. Abstraction faite d'une étendue de forêt de plusieurs dizaines de kilomètres autour du poste de Kikwit, sur les deux rives du Kwilu, avec des clairières artificielles, le reste du territoire présente une savane herbeuse ou un peu boisée sur les hauteurs avec de la forêt dans les bas-fonds. Ce qui veut dire que la végétation forestière dépend de la quantité de cours d'eau et de la largeur de leurs vallons ou vallées.

La vallée boisée du Kwengo, par exemple, atteint par places, une largeur de dix kilomètres ! Dans l'extrême sud du territoire, les cours d'eau se dépouillent par contre peu à peu de leurs bandes boisées et coulent dans des vallées herbeuses et marécageuses. Dans le reste du territoire, où les ruisseaux et les rivières sont bien encaissés, les marais sont rares et de peu d'importance.

La répartition des glossines est inégale et capricieuse dans les diverses parties du territoire. Abstraction faite de la forêt des environs de Kikwit où la *glossina tabaniformis* est assez commune, cette espèce existe en petite quantité au nord de Kikwit (comme dans les territoires voisins : ceux de Bulungu et de Niadi). J'en ai encore trouvé quelques rares spécimens dans deux endroits du sud : sur la rive droite du Kwilu (rivière Lobandji) et sur la rive gauche du Kwengo

(près de Kulungu). Il est évident que la *tabaniformis* existe encore dans quelques autres endroits du sud, mais elle y est certainement exceptionnelle et sans la moindre importance pratique.

À part la *tabaniformis*, je n'ai jusqu'à présent trouvé dans le territoire que la *palpalis*. Et comment se comporte cette dernière, quelle est sa répartition dans le territoire de Kikwit si éprouvé par la maladie du sommeil ?

La « *palpalis* » est en général rare dans le territoire de Kikwit, et rare non seulement en comparaison avec d'autres parties de la Colonie, mais même en comparaison avec d'autres territoires du district de Kwango, et notamment avec le territoire du Haut-Kwango (où, entre parenthèses, la maladie du sommeil n'existe presque pas). Je dirai ensuite que si la « *palpalis* » est rare ici, elle existe, d'autre part, presque partout, presque à tous les ruisseaux, mais en général en très petit nombre. De sorte qu'on peut traverser un ruisseau, et même y rester quelque temps, à deux reprises par exemple, sans y voir une seule « *palpalis* », mais en apercevoir ou en capturer une ou deux la troisième fois. De sorte qu'il est très difficile de dresser une carte de la répartition de cette célèbre et sinistre mouche. Si, d'une part, la « *palpalis* » existe pratiquement à tous les cours d'eau, elle y existe d'autre part en si petit nombre que l'on ne peut pas s'empêcher d'en faire pratiquement abstraction. La répartition de la « *palpalis* » est ici d'une irrégularité vraiment déconcertante. J'en vois un grand nombre — et en suis même piqué — au ruisseau Lufushi, mais je n'en vois pas une seule au passage du Kwilu, pas loin de là quoique la « *palpalis* » existe évidemment sur les rives du Kwilu. Je n'ai pas vu une seule « *palpalis* » lors de mes multiples passages de la rivière Bwele, quoique cette rivière de 20 à 30 mètres coule dans une large bande forestière, Je n'ai vu qu'une seule fois une « *palpalis* » à la rivière Lufuki, bien que je l'aie traversée à plusieurs reprises et en plusieurs endroits. De même à la rivière Lutshima. La « *palpalis* » est très rare sur la rivière Kwengo, beaucoup plus rare que sur ses petits affluents.

D'autre part, j'ai déjà signalé ailleurs que la « *palpalis* » se trouve parfois dans les villages mêmes, surtout là où il existe des cochons et des « bosquets ». Ce que l'on peut dire en fait de règle, c'est que la « *palpalis* », assez commune, sinon

pas bien répandue, dans le reste du territoire, est extrêmement rare dans sa partie sud et spécialement dans la région de la Lutshima. Je dirai aussi en passant que de même que partout ailleurs, de même ici dans le territoire de Kikwit, la répartition de la maladie du sommeil ne coïncide nullement, du moins quantitativement parlant, avec celle de la « palpalis ». Pour en finir avec cette question si compliquée, sans même l'aborder pour ainsi dire, je me bornerai à dire que ceux — hommes de science et surtout amateurs — qui s'obtiennent à vouloir constater ou du moins trouver une coïncidence entre les deux répartitions, oublient que celle des glossines est un phénomène permanent, tandis que celle de la maladie du sommeil est un phénomène temporaire. La maladie du sommeil se déplaçant, sa répartition change fréquemment. Dans le territoire de Kikwit, comme dans tout le Kwilu, la maladie du sommeil avance du nord au sud. Il y a encore quelques années, la région du Lutshima était plus ou moins indemne et alors, à la rareté de la « palpalis » correspondait celle de la maladie du sommeil. Ce n'est malheureusement plus le cas à présent, la situation y étant grave. Espérons que dans quelques années les deux répartitions coïncideront de nouveau.

La *population* du territoire de Kikwit peut être évaluée à près de 100,000 (cent mille habitants. Je dis « évaluée » parce qu'il y a une année on n'en savait en somme rien. Mais depuis lors les membres de la Mission médicale y ont examiné près de 70,000 indigènes, enfants y compris. Mais comme pour des raisons exposées plus haut nous n'avons pas pu voir toute la population, j'évalue le nombre de manquants, de non-examinés, à 25 p. c. Les hommes adultes constituant un peu plus du cinquième de la population totale, on peut donc évaluer le nombre de contribuables à près de 20,000. On trouvera d'ailleurs dans les divers tableaux joints aux rapports des renseignements bien instructifs que je ne puis pas m'attarder à analyser ici.

La densité de la population est très variable suivant les diverses parties du territoire. On ne peut pas s'en faire une idée exacte en lisant la carte, parce qu'un village de plus de 1,000 âmes y est indiqué au même titre qu'un misérable petit village d'une population totale de 10 habitants. C'est le sud du territoire qui est le plus peuplé et où la population est vraiment dense. C'est notamment le cas sur le plateau de Kikandji,

sur les trois plateaux de la Lutshima et dans la région de la rivière Yambeshi. Les villages y sont grands et très rapprochés. Le nord, par contre, ne possède qu'une population très clairsemée, sous forme de tout petits villages. C'est notamment le cas dans le triangle Kwilu-Kwengo, et dans la région des Bapindi, au nord-est de Kikwit, sur la rive droite du Kwilu. Il en est de même du sud-ouest, à l'ouest du Kwengo, où la population est insignifiante. Il est évident que la marche de la maladie du sommeil du nord au sud est pour beaucoup dans la répartition inégale et actuelle de la population. Je n'ai presque pas besoin d'ajouter que la population actuelle n'est qu'une partie de celle qui existait ici il y a un certain nombre d'années. Dans le nord, le nord-est et une partie du sud-ouest, il ne s'agit que de vrais vestiges. Le sud-ouest vient d'ailleurs d'être exploré pour la première fois.

Presque tout le territoire, sauf une partie du sud-ouest du Kwengo, est travaillé par une des sociétés commerciales et par des commerçants. Le nord du territoire jusqu'à Kikwit est occupé par les Huileries du Congo Belge. Dans le reste du territoire les indigènes travaillent — plus ou moins — pour la Compagnie du Kasai, et divers autres commerçants (noix palmistes et portage). L'influence de la mission catholique de Kikwit s'étend sur les villages des alentours du poste ainsi que sur un certain nombre de villages au sud et à l'est de ce poste.

Comme je l'ai déjà dit, toutes ces influences étaient loin de faciliter le travail principal de la Mission médicale — le traitement ambulatoire des indigènes.

La maladie du sommeil dans le territoire de Kikwit
(voir tableau d'ensemble).

Je commencerai par dire que si le tableau d'ensemble, joint à ce rapport, donne les chiffres de la population examinée et des malades trouvés, et par conséquent le pourcentage total, il ne donne qu'une idée très vague, même inexacte et trop optimiste, de la situation réelle dans le territoire de Kikwit : 12,1 pour cent de malades est évidemment un chiffre bien sérieux, mais pas toutefois bien grave ; or, en réalité, la situation est beaucoup plus grave, même très grave. Et non seulement le total des totaux, c'est à-dire le total de tout le terri-

toire, ne donne pas une idée exacte de la vraie situation, mais même les totaux, c'est-à-dire le chiffre total de chaque région, ne donnent pas une idée exacte de la situation dans chacune de ces régions. Et si l'on veut se rendre compte de la situation exacte que nous avons trouvée dans le territoire de Kikwit, il faut lire attentivement tous les tableaux détaillés de chaque région, tableaux élaborés avec tant de peine, rubrique par rubrique, catégorie par catégorie, avec la carte sous les yeux et les notices explicatives à côté. On verra alors que nous sommes malheureusement bien loin de 12.1 pour cent de malades du sommeil, quoique ce chiffre soit l'exacte moyenne.

C'est que les moyennes ne valent rien sous aucun rapport : ni pour les choses, ni pour les personnes, ni même pour les chiffres.

Voyons un peu les raisons pour lesquelles le total ni même les totaux ne correspondent pas tout à fait à la situation réelle.

Avant tout, ce sont les nourrissons, parmi lesquels les malades du sommeil sont extrêmement rares, qui modifient, en l'améliorant, le pourcentage général de malades parmi toute la population. Or, si les nourrissons c'est l'avenir, pour le présent c'est la population adulte qui compte.

Cela pour toutes les régions, pour tout le territoire et même partout ailleurs. Quant aux totaux des six rubriques du tableau d'ensemble, je dois dire ceci : abstraction faite de la première rubrique, (rive droite du Kwilu) et en partie de la quatrième (région Lutshima), les autres ne correspondent nullement à des régions bien distinctes, ni surtout séparées par des limites naturelles. Ces rubriques correspondent tout simplement aux diverses parties du territoire examinées et traitées par divers membres de la Mission. Et si, dans la distribution du travail, j'ai suivi un certain programme, en attribuant à chaque membre de la Mission sa « région », ce programme a parfois dû être modifié suivant les besoins momentanés du travail. Ainsi la rive gauche du Kwengo a dû être scindée en deux parties, et la partie sud attribuée à celui (M. Demaret) qui s'occupait de la rive droite de cette rivière. Il en est résulté une chose bien bizarre. C'est la partie sud-ouest-Kwengo qui est actuellement la région la plus atteinte par la maladie du sommeil de tout le territoire, et pourtant le rubrique n° 6, dans laquelle est compris le sud-ouest-Kwengo, donne le pourcentage total des malades le plus faible (11.4 p. c.). Mais c'est

parce que dans cette même rubrique est également compris l'extrême sud-ouest du territoire où, pour le moment du moins, il n'existe pas de malades du sommeil du tout.

D'autre part, j'ai tenu, par un sentiment d'équité envers mes dévoués collaborateurs, de présenter le résultat de notre travail sous la forme d'un travail collectif et nominatif, et non pas sous la forme d'un seul tableau collectif et anonyme avec ma seule signature en bas. Je tiens, en effet, à ce que l'on puisse juger la part de chacun, apportée à l'édifice commun.

Après la sixième rubrique (M. Demaret), c'est la première (M. David) qui donne le pourcentage le plus faible (12 p. c.) ; mais cette « faiblesse » est bien expliquée par le D^r David lui-même dans son très intéressant rapport annexé au mien. A côté de porteurs de ganglions typiques — qui n'ont décidément pas besoin d'être examinés au microscope pour être déclarés trypanosés — M. David a réservé une place, ou une rubrique spéciale aux porteurs de ganglions moins typiques, aux « suspects », ou aux « à ponctionner », c'est-à-dire à ceux qui, sans examen microscopique ne peuvent pas être catégoriquement déclarés malades. M. David évalue le nombre de vrais malades parmi ces douteux à 30 pour cent.

La place et surtout le temps me manquent pour faire ici un exposé complet de la valeur diagnostique des diverses formes de ganglions cervicaux. Il y a un peu plus d'une année, j'ai consacré à cette question si importante au point de vue pratique une note (publiée) et j'espère plus tard pouvoir y consacrer une étude plus complète. Je me bornerai à dire ici que je ne suis pas tout à fait de l'avis de mon confrère et que, d'après moi, ses 30 pour cent doivent être portés à 75 pour cent au moins. Dans une région fortement infectée du maladie de sommeil, toutes les variétés de ganglions cervicaux « convenables » qui ne peuvent être expliquées par une autre cause, doivent être attribués à cette maladie. « Un ganglion ne devient pas typique d'emblée, » ai-je dit dans ma note mentionnée, et je le répète ici. Un ganglion qui est « à ponctionner » aujourd'hui, deviendra typique dans quelques semaines, ou dans quelques mois. Et si même le microscope ne révèle pas la présence de trypanosomes aujourd'hui, il la révélera dans quelques semaines ou dans quelques mois. Ce que j'ai vu ici, au Kwango, a encore fortifié ma conviction antérieure. D'une part, j'ai trouvé des trypanosomes dans beaucoup de ganglions peu typiques —

il est vrai, parfois après la troisième et même la quatrième ponction. D'autre part, je n'ai pas trouvé un seul porteur de ganglions, ni typiques ni même « atypiques » sur 2,991 indigènes examinés dans le sud du territoire du Haut-Kwango (à la frontière de l'Angola) où la maladie du sommeil n'existe pas.

Au point de vue pratique la divergence de nos vues théoriques n'a aucune importance ni même aucune suite, M. David ayant traité — et je l'en approuve pleinement — tous les suspects. Or, si l'on ajoute aux malades de M. David ses « suspects », sa rubrique donne un pourcentage total de 16 p. c., c'est-à-dire identiquement le même pourcentage total que dans la rubrique (n° 3).

Tout en déconseillant de trop se fier aux pourcentages totaux, aux « moyennes » pour se faire une idée exacte de la situation réelle d'une contrée, je dois également prévenir contre un excès opposé. Dans certains cas, et notamment là où les villages ne sont que de minuscules hameaux, il ne faut, au contraire, pas se fier aux pourcentages détaillés de chaque village, ces pourcentages n'étant parfois qu'un simple hasard, et n'ayant par conséquent aucune valeur réelle. Par exemple, dans un hameau de 4 hommes, on trouve parmi eux 2 malades : 50 p. c., mais dans un hameau voisin de 3 hommes, on ne trouve parmi eux aucun malade : 0 p. c. Dans un minuscule village de 10 indigènes, on trouve un dormeur *in extremis* : 10 p. c., mais si l'on arrive dans ce village quelques jours après, le dormeur étant mort, il y aura 0 p. c. Et ainsi de suite. Ici, dans une région pareille il faut tenir compte de l'ensemble d'un certain nombre de villages, de tout un groupe.

Ceci dit, et abstraction faite de détails que l'on trouvera dans les tableaux, la situation du territoire de Kikwit au point de vue de la maladie du sommeil est la suivante. La maladie du sommeil se propageant ici du nord au sud, l'extrémité nord du territoire, jusqu'à un peu au sud du poste de Kikwit, a été fortement ravagée et actuellement il n'y reste de l'ancienne population que quelques vestiges, sous forme de petits villages de 10 à 20 hommes chacun, et où le pourcentage de maladie est encore bien fort (15 à 25 p. c.).

Le sud du territoire de Kikwit, compris entre le Kwilu, à l'est, le Kwengo, à l'ouest, et une ligne approximative passant de l'embouchure de la Lutshima à celle de la Yambeshi, au sud, est déjà également ravagé par la maladie du sommeil

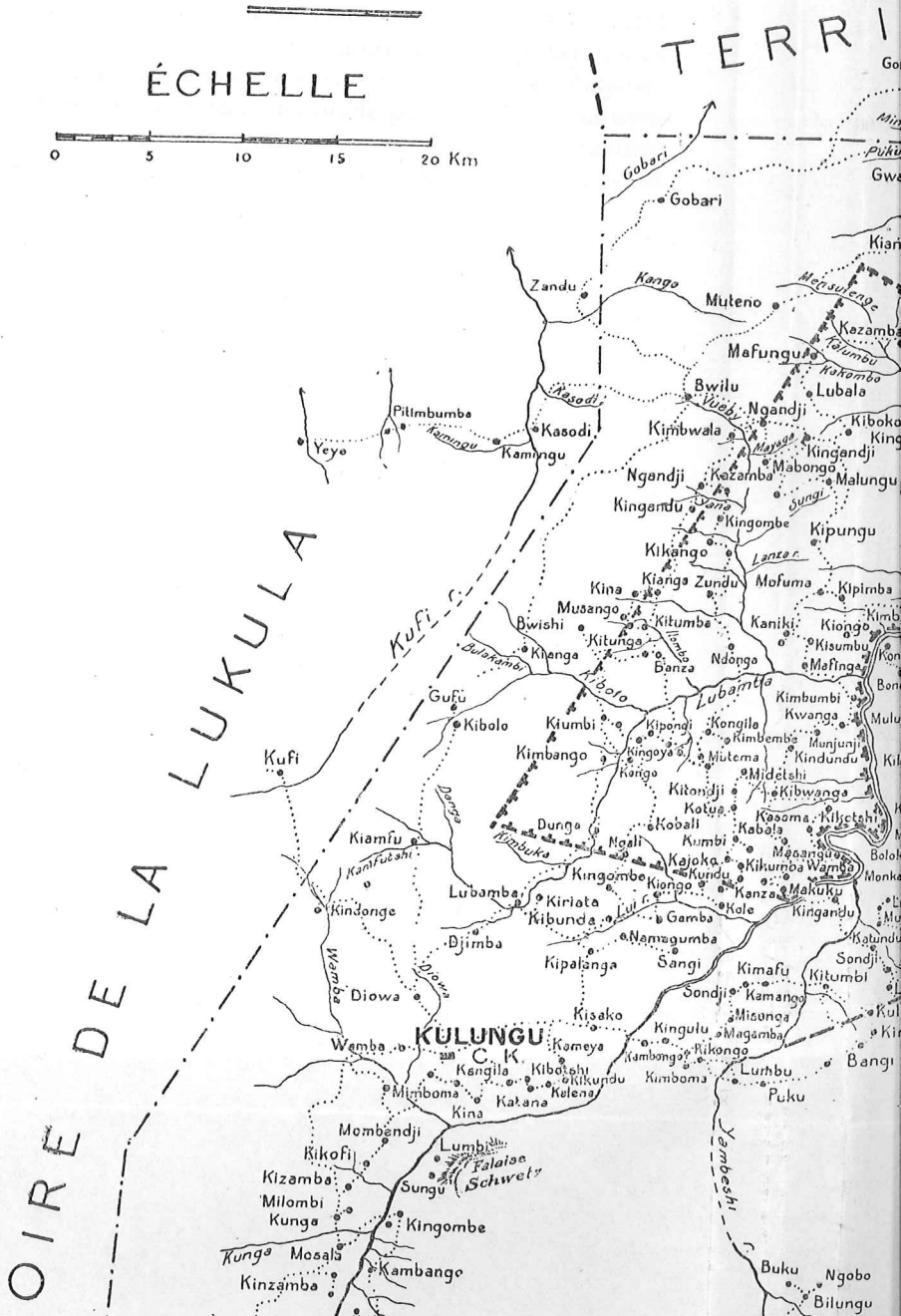
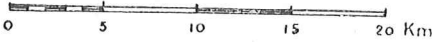
depuis plusieurs années (sept à huit ans). La population y est encore assez importante, mais le pourcentage des malades l'est également, surtout parmi les adultes, et tout spécialement parmi les hommes. Le pourcentage de malades y est à peu près le même que dans l'extrémité nord du territoire. La situation est à peu près la même à l'est de ce centre, c'est-à-dire sur la rive droite du Kwilu. Mais à l'ouest de cette région, la rive gauche du Kwengo correspondant à cette même altitude, présente une exception à la triste situation générale, mais une exception encore plus triste. Ici, à l'ouest du Kwengo la situation est vraiment lamentable. Cet îlot extra-épidémique comprend une large bande le long de la rive gauche du Kwengo — qui fait ici une forte courbe à l'est — entre la route de Kikwit-Gingungi (Kiongo-Kumbi-Bwilu), au nord, et la source de la rivière Lubamba, au sud. Le pourcentage moyen de malades dans cette région est de 29.3, sans les nourissons et de 25.8 en comptant ces derniers, mais il y existe des villages avec 40, 50, 60 p. c. de malades et même davantage. La région en question venant seulement d'être découverte par la Mission médicale, je ne saurais pas donner ici de renseignements plus détaillés, ni surtout d'explications de cette localisation du fléau, d'autant plus que, personnellement, je n'ai pas encore visité cette région.

Dans le sud du territoire, la situation est bien différente, suivant les longitudes, c'est-à-dire suivant les plateaux délimités par les nombreuses rivières coulant du sud au nord. Dans l'est du Kwilu, la situation est la même que plus au nord. Sur les trois plateaux de la Lutshima, où la maladie du sommeil n'existe que depuis environ quatre à cinq ans, la situation est déjà actuellement bien sérieuse : 14 p. c. (rubrique n° 4 du tableau d'ensemble). Et j'ajouterai qu'ici, dans la région de la Lutshima, le mal est en pleine progression, ou l'était, du moins, au moment de l'examen de la région et du début du traitement, puisque la situation s'y était fortement aggravée entre 1918 et 1920.

A l'ouest de la rivière Lutshima on constate encore une exception à la situation générale, mais une exception cette fois-ci bien heureuse. En effet, entre la Lutshima et le Kwengo, l'extrême sud du territoire est indemne de la maladie du sommeil. La limite (indiquée sur la carte) entre la région infectée et celle qui est encore indemne, passe approximative-

CARTE DU TERRITOIRE DE KIKWIT

ÉCHELLE



ment de l'embouchure du ruisseau Malonga (Lutshima) par Bwaka, C. K. s/Ndjari, à Lumbu s/Yambeshi (près du Kwengo).

Quant à l'ouest Kwengo, la situation extrêmement grave de l'îlot dont j'ai parlé plus haut (et qui est indiqué sur la carte) change subitement au sud de la source de la rivière Lubamba. Ici, dans les environs de Kulungu, C. K. le pourcentage des malades tombe subitement à 2-1 et même 0. La limite sud de la maladie du sommeil (qui n'a pas encore pu être établie ici avec exactitude), ne doit pas être bien loin au sud de Kulugu.

J'achève mon rapport sans les conclusions habituelles, le moment de tirer des conclusions n'étant pas encore arrivé. Je me bornerai à dire qu'au moment où j'achève ces quelques lignes, presque tous les membres de la Mission ont déjà quitté le territoire de Kikwit pour aller examiner les populations et soigner les malades des territoires voisins. Toutes les dispositions sont prises pour que tout le monde puisse achever la nouvelle besogne en septembre afin de pouvoir revenir ensuite dans le territoire de Kikwit, et voir les premiers résultats de notre travail.

TABLEAU STATISTIQUE D'ENSEMBLE

du traitement des populations au point de vue maladie du sommeil, dans le territoire de Kikwit, en 1920 (février 1920-février 1921).

RÉGIONS	Nombre de villages	Examinés	Malades	P. c.	Traités
1. Rive droite Kwilu (Dr David).	239	17,082	2,131	12	2,835
2. Triangle Kwilu-Kwengo (Dr Segers)	21	1,371	266	19,4	245
3. Sud de Kikwit (Dr Schwetz).	48	8,214	1,325	16,1	1,148
4. Lutshima (M. Baumann).	71	14,372	2,022	14	1 878
5. Ouest Bas-Kwengo (Dr De Wolf).	39	3 829	663	17 3	605
6. Sud-ouest du bassin Kwengo (M. Demaret).	203	28,681	2,515	11,4	2,307
Total. . .	621	73,549	8,922	12,1	9,018

Observations.

Population examinée par catégories :

1. Hommes	19 527
2. Femmes	23,733
3. Garçons	13,189
4. Filles	10,205
5. Nourissons	6,894
Total. , .	73,549

Tableau statistique de l'examen des populations au point

Numéros d'ordre.	TERRITOIRES.	Nombre de villages.	HOMMES			FEMMES		
			examinés.	malades.	P. c.	examinées.	malades.	P. c.
1	Kikwit par tous les membres de la mission.	621	19,527	2,608	13,3	23,733	2,691	11,3
2	Bulungu, par le docteur David.	20	550	75	13,6	791	75	9,4
		52	1,406	134	9,3	1,803	147	8,1
	Par le docteur De Wolf.	45	1,739	156	8,9	2,390	125	5,2
3	Niadi, par le docteur David.	11	270	20	7,4	287	16	5,5
4	Kandale, par le docteur Schwetz.	22	1,200	101	8,4	1,321	76	5,8
5	Bindu et Kiwaka, par le docteur Schwetz.	13	243	2	0,8	222	1	0,4
6	Haut Kwango (Panzi), par le doct. Schwetz.	20	866	0	0	931	0	0
	Totaux. . .	804	25,801	3,096	»	31,478	3,131	»

N. B. — L'écart considérable entre les pourcentages d'inspection des divers territoires

t de vue Maladie du sommeil du district Kwango, par la Mission Médicale du Kwilu.

Février 1920-Février 1921

GARÇONS			FILLES			NOURRISSONS			TOTAUX			Observations.
examinés.	malades.	P. c.	examinées.	malades.	P. c.	examinés.	malades.	P. c.	examinés.	malades.	P. c.	
13,189	2,266	18,6	10,205	1,332	13	6,894	27	0,39	73,549	8,924	12,1	Tout le territoire a été examiné.
513	65	14,6	457	29	6,3	291	»	0	2,602	240	9,2	Rive gauche
1,203	206	17,1	910	60	6,5	691	3	0,4	6,013	550	9	Kwilu.
1,264	145	11,4	1,204	35	2,07	328	»	0	6,925	461	6,6	Rive droite Kwilu. Hinterland de Le- verville.
338	48	14,2	118	2	1,6	83	»	0	1,096	86	7,8	Itinéraire : Mitshakila-Niadi.
741	23	3,1	382	»	0	556	»	0	4,200	200	4,7	Itinéraire : Kikwit, Kandale et Kiwaka.
107	»	0	63	»	0	80	»	0	714	3	0,4	Itinéraire : Kandale, Kiwa- ka, Mwana - Ki- lombe.
472	»	0	330	»	0	392	»	0	2,991	»	0	Itinéraire : Mwana-Kilombe, Chutes François- Joseph, le long de la frontière de l'Angola.
17,827	2,753	»	13,669	1,458	»	9,315	30	»	98,090	10,468	»	

ires enlèverait toute valeur à une moyenne.

ANNEXE I.

Rapport du D^r David. (Février 1920 Février 1921.)

Ma participation pendant la première année de mise à l'œuvre de la Mission médicale du Kwilu débuta par une série de reconnaissances.

La première avait pour but de poursuivre jusqu'à la rive gauche du Kwilu, l'enquête faite en 1918, dans la région Kwilu-Inzia par le D^r Schwetz ; de Bulungu, amont, à Lucombe, aval ; 20 villages visités, 2602 sujets examinés, 240 trypanosés, 9,2. p. c.

La deuxième devait préparer la mise en traitement de la partie de la rive droite englobant l'important secteur Tango, des H. C. B. de Djuma, aval, à Mitshakila, amont : 52 villages visités, 6913 sujets examinés, 551 malades inscrits, 9 p. c. Les pièces de ce travail préliminaires, ont été remises au D^r Williams, des H. C. B qui, actuellement, procède à la cure de la région.

La troisième enfin, a déterminé approximativement le degré d'infection de la partie la plus accessible du territoire de Niadi ; de Mitshakila à Niadi : 11 villages visités, 1096 examinés, 86 trypanosés, 7,8 p. c. En mai, il était judicieusement décidé de concentrer tout l'effort de la Mission sur le grand centre commercial, le territoire de Kikwit ; dans la répartition du travail m'échut la partie Est, la rive droite du Kwilu.

En description sommaire, il y a lieu d'y distinguer deux régions géo-botaniques : la première, large bande de forêt riveraine, occupée en aval, nord-est de Kikwit, par des Bapindi surtout ; en face, à l'est, par des Bambala ; en amont, sud-est, par des Bapende-Bakwese ; la seconde, dite Babunda, série de petits plateaux-savanes, parallèles, délimités par les principaux affluents du Kwilu, rivières à bande forestière se développant de la source à l'embouchure.

Au point de vue économique, centre de production, de recrutement de main-d'œuvre, pour la Compagnie du Kasai, les Huileries du Congo Belge, les nombreux commerçants portugais ; voie d'évacuation pour toute une partie du district du Kasai et le sud-est du territoire ; routes intérieures, routes

de caravanes, sont l'objet d'une incessante circulation des plus intenses.

Au point de vue administratif, région bien arriérée encore ; peu de chefferies, pas de villages, des hameaux souvent réduits à l'unité familiale, l'éparpillement à l'extrême ; population de densité réduite, peu intelligente, plutôt rétive, encore mal soumise en maints endroits, livrée depuis la levée de Lufushi (1914-1918) à la seule emprise commerciale, ne connaissant plus de l'autorité de l'Etat que la rapide tournée annuelle d'impôt, voire même involontairement ignorée d'une administration insuffisante.

Au point de vue maladie du sommeil, région dévastée par une longue épidémie contre laquelle rien de sérieux n'a été fait. La Mission médicale du Kwilu se trouvait donc ici devant le « tout à faire », y compris une bonne part de l'ardue tâche du service territorial. Pour affronter d'aussi sérieuses difficultés, je disposai d'un personnel auxiliaire, je dois dire insuffisant : au début, un infirmier diplômé et deux aides ; en septembre, un deuxième diplômé ; un troisième en novembre ; trois élèves en janvier dernier.

Par contre, l'agent sanitaire Depoorter fut en octobre mis à ma disposition, et à mon entière satisfaction, collabora au travail de ces derniers mois.

Pour mener campagne il ne pouvait s'agir d'arrêter par avance et en tous points une méthode de travail invariable ; il convenait de l'adapter aux circonstances, de la modifier suivant les données de l'expérience quotidienne, de tenter de tirer les règles pratiques des nombreuses difficultés qu'il fallait sans cesse surmonter ; ce n'est qu'après des mois de travail qu'il me fut possible de discerner comment il fallait travailler.

Néanmoins, dès le début, s'imposa comme nécessité primordiale, absolue, le « groupement ». Il fallait renoncer à vouloir atteindre des indigènes éparpillés dans la forêt, dans les bas-fonds ; les déplacements judicieux ont été ordonnés et exécutés, de beaux villages s'alignent sur les plateaux. C'est ainsi qu'entre autres 150 hameaux environ de la région Babunda ont fourni une cinquantaine de villages de 25 mâles minimum ; comme exemple le plus typique, je citerai la jadis florissante chefferie Kingoma, dont les treize hameaux survivants, éparpillés sur de nombreux kilomètres carrés, ont été groupés autour de leur chef, en un seul village de 100 mâles.

Il ne s'est pas agi là d'un simple travail préliminaire, si ce n'est toutefois pour l'organisation politique de la région. Tout a été, devait nécessairement être mené de pair : recensement, examen, traitement, jalonnement du futur village, et début d'exécution immédiate du groupement par le déplacement de la hutte du chef, des capitas ; tout cela en vitesse, sans hésitation, au commandement, l'attitude inflexiblement décidée, seule capable d'entraîner l'acquiescement d'intelligences bornées, un simple et bref exposé des nécessités pour toute concession faite à l'interminable et vaine persuasion.

Il ne me paraît ni déplacé ni superflu de donner ici un exposé succinct des diverses petites opérations que comporte la mise au point d'un village, la mise en traitement d'une région ; tout cela qui semble si simple étant néanmoins le fruit de la pratique, l'aboutissant de tâtonnements en vue d'assurer en un minimum de temps le maximum de travail utile.

À mon sens, le point de départ, la base c'est le « recensement médical ». Impossible d'utiliser l'« officiel », qui, encore qu'il existe, ne visa en somme que le trop méfiant contribuable et les siens ; il faut le refaire de toutes pièces, le compléter de toute une classe de la population, femmes libres, veuves, orphelins, partout d'une sérieuse importance numérique et à notre point de vue, des plus intéressantes. Ainsi les diverses catégories se succèdent, les individus défilent, sont examinés, c'est-à-dire dévisagés, palpés, et inscrits, âge, signe distinctif, signalement ganglionnaire, état général, diagnostic éventuel, chacun reçoit ou son passe-port, ou son certificat de traitement, les heureux s'en vont, les malades attendent en groupe l'injection qu'un infirmier prépare. Le recensement terminé, alignement au bas du dernier feuillet des chiffres des futurs tableaux statistiques ; puis « la feuille de traitement » avec la liste des malades pour l'infirmier qui traitera le village ; enfin un carnet de contrôle, pour le chef, avec copie de la susdite liste, tableau sommaire pour l'inscription des dates des séances d'injection, la notation des absences. Toute paperasserie terminée, l'injection suit. Pas celle des laboratoires et polycliniques ; celle de l'en plein air, de la brousse, le manuel opératoire, le matériel réduits à leur plus simple et suffisante expression d'occasion : une bouilloire armée à la ficelle d'un filtre-gaz, une casserole avec sa capsule-bol émaillée, son éprouvette (flacon vide), son agitateur-

cuiller aluminium ; la seringue d'après-guerre s'est accommodée d'un ringage à l'alcool ; deux bouts d'allumette, deux brins de coton, fût-il indigène, feront tampons iodés, pour la peau, pour l'incessante désinfection de l'aiguille ; un flacon d'atoxyl à 5 grammes, un flacon d'eau à 50 cc., et ainsi de suite jusqu'à quantité suffisante ; deux longues caisses plates, parallèles, en retrait l'une sur l'autre d'une demi-longueur, avec écartement d'un pied ; l'infirmier assis sur une moitié intérieure, disposant à sa gauche, moitié extérieure, de son matériel ; le patient se couche à plat ventre sur la caisse libre, ses fessiers bien en face de l'opérateur et bientôt muni d'un certificat de traitement mis à jour, fait place au suivant. C'est simple et rapide, un infirmier fait du 30 à l'heure, un agent sanitaire du 50, et moi-même me suis amusé à établir le record de 437 injections dans la journée. A noter, si surprenant que cela paraisse, que les accidents septiques se comptent par fraction de pour mille.

Et l'on va de la sorte, de village en village, chaque jour un infirmier retournant au lieu de l'avant-veille, faire la deuxième injection, alors que l'indigène sait encore l'Européen proche. Quand un groupe a fourni un lot conséquent de malades, on le remet à un infirmier qui s'installe et par « tournées » hebdomadaires, dix en principe, soit de deux à trois mois, assurera la cure pour laquelle diverses raisons m'ont fait adopter les « doses moyennes » (adultes, 60 à 80 cg., adolescents et enfants : 50, 40, 30, 20, suivant la taille et l'état général). Néanmoins ce serait l'échec certain si l'on s'avissait de laisser livrés à eux-mêmes malades et soigneurs. A toute occasion il faut passer à nouveau pour maintenir la bonne marche régulière de la cure, contrôler, rétablir une situation compromise par la bien connue mauvaise volonté indigène, la multiple insuffisance de l'infirmier ; le médecin devrait être partout, et autre part, le surmenage même ne suffit pas à tout et au reste. Enfin à chaque terminaison de cure, il y a lieu de totaliser celle-ci, nombre d'injections, nombre de grammes ; et sur les certificats de traitement, et à la liste des malades du livret du chef, et au registre des malades mis en traitement tenu par le médecin ; c'est encore l'occasion de notations intéressantes telles que : état général et signalement ganglionnaire d'après cure. Le contrôle d'infirmiers dont la mentalité s'accommode sans doute des petits cadeaux de malades désireux d'éviter

l'aiguille est malheureusement aussi difficile que nécessaire. En attendant que des cadres européens suffisants puissent les enserrer d'une surveillance pour ainsi dire incessante, je n'ai pas trouvé mieux que la confrontation des multiples pièces qu'ils doivent à chaque séance tenir à jour : certificat de traitement, feuille de traitement, feuille d'absences avec dates, nom, motif, livret du chef avec tableau des dates et tableau numérique des catégories d'absents. De la mauvaise volonté indigène je ne toucherai que ce qui peut suggérer des déductions pratiques : collective, le vide fait à l'approche de l'importun, elle est moins grave qu'il n'y paraît, et toujours temporaire ; question de ténacité de la part de l'Européen qui doit faire comprendre aux récalcitrants que rien ne sert de fuir l'inévitable, tout finit par s'arranger, le premier contact pris a bien des chances d'être définitif. Individuelle, multiforme à l'infini, elle se fait plus insaisissable, parfois déconcertante, toujours obsédante. Au recensement, le rassemblement du village à la première heure réduira certes les absences ; mais il y a les femmes que l'on a intérêt à cacher au fisc, les enfants de certains esclaves que l'Européen pourrait s'aviser de libérer, les timorés, les mauvaises têtes. Les menaces réussissent parfois, dans une certaine mesure, mais en fin de compte et malgré des passages successifs, il faut se résigner à un certain déchet. A l'injection, il s'agit de superstition, la petite douleur de l'opération, le parent éloigné qu'on est allé pleurer, le petit voyage d'affaires, le changement de résidence, les déplacements des enfants des fermes-chapelles à la Mission-Mère, etc. ; enfin, et surtout, le portage que le médecin a bien interdit pour la durée de la cure, mais que le commerçant réclame et qui d'ailleurs rapporte l'argent désiré. A l'impraticable application des décrets, il faudrait substituer l'action directe sur le chef rendu responsable de ses sujets ; sinon le mari de sa femme, les parents des enfants, voire même selon la coutume indigène, le frère du frère. Quant à l'importante question du portage, la création d'un poste d'observation à Kikwit, la solutionnera sans doute, quand la Mission aura mis en traitement les divers lieux d'origine des caravanes. En attendant, il faut s'ingénier à réduire les absences à un minimum supportable, soit 10 p. c. Il ne faut d'ailleurs pas s'en alarmer ; elles déterminent en définitive divers lots d'expérience aux diverses doses, allant de la méthode curative pro-

prement dite, à la simple stérilisation prophylactique, les minima représentant en quelque sorte les témoins. Ce qui importe surtout, et avant tout, je le répète, c'est le recensement; il faut viser sans cesse à réduire à un strict minimum le nombre d'indigènes qui se soustraient, échappent à l'examen, à un début de traitement. Je doute avoir ci-dessus donné une idée bien exacte de la mise en traitement d'une région; tout cela se prêtant mal à l'exposé d'ailleurs, qui se vit dans la fièvre de l'action. L'essentiel est de faire voir que nous sommes ici loin de toute théorie.

Je ne défendrai pas ici la « palpation ganglionnaire » qui a déjà fait l'objet d'une note publiée par le D^r Schwetz; il y aura sans doute lieu de reprendre et développer en temps voulu cette importante question. Il me suffira d'affirmer en toute bien fondée conviction qu'elle se montre et démontre chaque jour, seul et unique mode d'investigation vraiment pratique pour nous, je dirai le seul possible. Pour une mission de combat qui s'attaque à des masses, à toute une vaste région épidémique, le microscope restera un instrument d'étude auquel on n'aura recours que dans des circonstances particulières. Négligeant de recourir à l'artifice d'une aisée démonstration par l'absurde, je me bornerai à marquer que, l'accusation de pécher par défaut, on ne pourrait formuler la moindre critique qui ne s'appliquât mieux encore à tous les autres modes d'investigation. Si c'est l'excès qu'on lui reproche, le péché est en l'occurrence tout véniel, sympathique, voire recommandable; un ganglionnaire bien portant, de fantaisie, ne pâtira guère d'un atoxyl peut-être préventif; un faux ganglionnaire malade bénéficiera sans doute d'une cure arsénicale; en tout cas d'épidémie on ne ménage pas l'antiseptique.

Il importe davantage, pour l'intelligence des tableaux B en particulier, de mes pièces-archives, en général, que je donne ici, dans ses grandes lignes, ma méthode de « palper, et notation ganglionnaire » faisant toutefois remarquer que ce qui suit ne s'applique pas à la lettre à la catégorie des « nourrissons », dont je considère « réservé » le diagnostic ganglionnaire, l'expérimentation de la voie sanguine me paraissant devoir élucider cette intéressante question. « Ganglions engorgés » E des passeports est trop vague, ne spécifie rien, s'applique à tout et presque à tous, 90 p. c. des Noirs en sont porteurs en région épidémique tout au moins.

« Ganglions typiques », G. T. du Dr Schwetz est un progrès, l'expression caractérise, mais reste trop générale, ne dénombre pas.

« Chapelet typique », CH. T. paraît bien plus clair, plus caractéristique encore, satisfait. En tant que bilatéral, constitué de ganglions de volume différent, à différents niveaux, qui s'égrènent le long du cou, avec prédominance du « ganglion-moyen », M, celui-là le vrai typique, la belle fève, dont la turgescence spéciale fait prévoir aux doigts la succulence à l'aiguille, il tombe à plein dans la main la moins experte, tout le monde sait, sent ce que cela veut dire; le porteur est bien plus que suspect, on le note « trypanosé » avec un minimum strict de chance d'erreur.

Comme « variantes » il a le « chapelet unilatéral » CH. U. simple, ou CH. U. + qui implique au côté opposé la présence d'un supplément de moindre valeur.

Le « chapelet réduit » CH. R. en nombre de grains, s'entend : 4 ganglions moyens, minimum, chacun représentant de 20 à 25 chances positives, quelques petits ganglions toujours surajoutés faisant largement le compte.

Le « chapelet de petits » CH. P. où il y a toujours des volumes intermédiaires entre le petit, P. et le moyen, M. des petits moyens P.M.

Telles sont les notations, chapelet typique et ses variantes, que je considère diagnostiques, sans tenir compte de l'état général, cas où la main, de droit, se substitue au microscope.

Il y a enfin, une catégorie de « suspects » S. correspondant à une deuxième catégorie de notations ganglionnaires, les « à ponctionner », les A.P. simple, ou A.P. + selon la prévision du résultat de la ponction que le scrupuleux microscope pourrait réclamer.

Ici la main est aidée dans ses prévisions par l'état général. D'une pratique qui date déjà, et maintes fois remise à l'épreuve, je me crois en droit d'estimer à 30 p. c. les résultats positifs que donnerait l'examen microscopique de 20 minutes d'une seule préparation. Tous les AP, donc suspects, ont été soumis à la cure. Il en résulte que mes pourcentages, des traités, sont des maxima limites. Il faut donc chercher le vrai pourcentage de la situation réelle entre les maxima de traitement et les minima d'examen A.

Une troisième catégorie de notations vise les ganglions

négligeables, ou temporairement, c'est-à-dire « à suivre » A.S; ou préjugés ne devant subir de développement ultérieur, dont la ponction serait et restera négative, les « non ponction » N.P. Je signale enfin quelques notations spéciales, telles que « groupe supérieur bilatéral » G.S.B., unilatéral, G. S. U., intéressant, embarrassant dans les affections du cuir chevelu; « groupe inférieur » G. I. souvent « antéro-inférieur G. A. I. et qui peut échapper à une main distraite, inexpérimentée.

Peut-être jugera-t-on ces notations trop détaillées; elles ne compliquent pourtant guère la pratique, elles ont l'avantage d'astreindre à l'examen minutieux qui donne l'expérience, de rendre possible à simple lecture des recensements, une sorte de contrôle des « palpers » qui resteraient hâtifs, fâcheusement personnels; j'ajouterai qu'elles m'ont à maintes occasions fait entrevoir tout l'intérêt scientifique qu'elles présentent.

Part faite ainsi aux considérations théoriques, je dois encore bien spécifier que les tableaux ne sont pas documents scientifiques destinés à l'impression et partant à la critique, mais simples matériaux d'étude qu'il faudra mettre au point; le but du présent rapport étant surtout de rendre compte du labeur de la Mission, de situer une borne à mi-route dans la marche en avant. Les lacunes y sont trop évidentes, les chiffres devront être complétés, romaniés; on n'a vu peut-être que 75 pour cent de la population de cette ingrate région que nous avons abordée, si arriérée encore en tous points: on ne pouvait ni espérer, ni faire plus et mieux qu'une moyenne mensuelle de 400 nouveaux malades mis en traitement. Sans y vouloir amoindrir tout l'intérêt que présentera, à six mois de distance, la revue des traités de la première cure, ce sera sans doute l'objectif capital d'un deuxième examen des mêmes populations que ramener dans les rangs les manquants à l'appel du début. Devant cette prochaine phase d'action on est en droit d'admettre que la majeure partie des grosses difficultés sont d'ores et déjà aplanies. L'on aura désormais affaire à des agglomérations et à une population plus ou moins assouplie. Et ce n'est, certes, point le moindre titre de la Mission que d'avoir sinon organisé, du moins réorganisé d'importantes régions du territoire de Kikwit. Si l'Administration doit être félicitée de nous avoir aidé de tout son pouvoir, ses bienfaits lui auront été rendus au décuple. Je citerai pour mémoire le groupe Kata, qui naguère assassinait le boy courrier de l'État, Indele, qui

attaquait l'Européen et son escorte, Impunda, Kimbanda, abandonnés, retournés à l'état d'avant l'occupation. Mongaie, Luhamba, où le passage de l'autorité faisait le vide parfait, Mukulu, qui, il y a six mois, opposait une polie fin de non-recevoir, un hypocrite *non possumus*, et vient de s'acquitter de quelques deux cents jetons d'impôt, et les Bakwamensos, enfin, dont le seul nom barrait d'un blanc la carte la plus complète. Sans doute reste-t-il à faire, beaucoup à faire. On a beau se confiner dans le moindre champ d'action, la tâche y reste énorme ; et pourtant sans cesse de nouvelles régions sollicitent l'intervention ; j'entends, ici surtout, toute une partie du district du Kasai, limitrophe, économiquement liée au centre commercial de Kikwit, qui ne peut se scinder de notre rayon d'action, et où je signalais, lors d'une enquête en 1918, une situation des plus grave. En attendant que tout soit possible, si nos chiffres pouvaient paraître manquer d'éloquence pour quiconque parcourt la région, les résultats sont patents, démontrent l'inespéré même que peut réaliser une occupation vraiment effective. Et il y a lieu de s'en rendre bien compte, une mission médicale constitue en fait le complément nécessaire à l'administration, toujours forcément insuffisante ; par sa seule présence, par son travail, elle coopère de la façon la plus active à la mise en valeur d'un territoire. Le médecin, l'agent sanitaire ne peuvent, ne voudront pas se confiner à l'humble rôle de distributeur, fût-ce d'une panacée ; une plus large conscience, des visées plus hautes doivent soutenir l'effort, féconder l'action. Et tout ceci, abstraction faite des résultats sanitaires, curatifs, prophylactiques surtout, dont il ne faut préjuger à l'excès, mais qu'on est en droit de fermement espérer.

A ce point de vue plus particulier qui surtout nous occupe, la « lutte contre la maladie du sommeil », cette première année d'expérience en aura jeté, affermi les bases. Il est définitivement démontré que la lutte est possible, réalisable, réalisée ici ; au maximum d'intensité sur une vaste échelle ; le traitement des masses, fût-ce en région des plus difficile, se ramène à une simple question de budget, de quantité et de qualité de personnel.
