

NOTICE POUR LA CARTE CHRONOLOGIQUE DES PRINCIPAUX FOYERS DE LA MALADIE DU SOMMEIL dans les États de l'ancienne fédération d'Afrique Équatoriale Française

par

L. MAILLOT*

La comparaison de la répartition des Glossines et de la localisation de certains foyers de maladie du sommeil dans l'ancienne fédération d'A. E. F. nous a fourni les principaux éléments d'une étude présentée dans le Bulletin de la Société de Pathologie Exotique (6). En utilisant et en complétant une partie de la documentation de cette étude, nous avons pu rassembler les données qui nous ont permis d'établir la carte que nous présentons.

Il existe ou il a existé, dans les territoires de l'ancienne fédération d'A. E. F., des foyers de maladie du sommeil bien délimités topographiquement; à ce point de vue ils correspondent soit à de grandes voies de communications, soit à un réseau hydrographique donné, ce sont les cas les plus fréquents; ils correspondent également à certains groupes de population ou (6) à certaines zones de répartition des Glossines. Soulignons que pour certains d'entre eux on les voit se reproduire au même endroit, après un intervalle de temps plus ou moins grand, mais leur expansion ne se manifeste pas toujours dans la même direction; enfin, pour d'autres foyers indiqués sur la carte, nous avons réuni un peu arbitrairement dans un même réseau hydrographique un ensemble de petits foyers sans lien apparent et qui se sont quelquefois manifestés à des époques différentes.

Nous n'avons représenté que les principaux foyers, et cette carte n'est pas une carte topographique; pour avoir une idée de la répartition topographique de la maladie du sommeil en ces dernières années et dans la totalité de ces mêmes régions, on se reportera utilement à la carte dressée par le Docteur Demarchi et publiée par le B. P. I. T. T. (2). Il nous a paru intéressant à un autre point de vue de représenter l'évolution des principaux foyers considérés dans le temps en donnant les dates connues, souvent bien approximativement, de leur apparition, leurs stades du point de vue épidémiologique à des dates diverses, éventuellement la direction connue ou supposée de certaines poussées épidémiques avec quelques indications sur les lieux et dates des campagnes de lomidisation préventive qui ont depuis quinze ans si profondément modifié l'aspect et la transmission de la maladie du sommeil dans ces régions.

LES AGENTS VECTEURS

Les espèces ou sous-espèces vectrices de *T. gambiense* sont dans les régions envisagées : *G. palpalis palpalis* Robineau Devoisdy, *G. fuscipes fuscipes* Newstead, *G. fuscipes quanzensis* Pires, *G. tachinoides* Westwood.

* Actuellement chargé du Laboratoire d'Entomologie de l'Institut d'Élevage et de Médecine Vétérinaire des Pays Tropicaux.

G. palpalis, comme seul vecteur, est présente dans les foyers du Bas-Ogooué et Ogooué-Maritime, de l'Ogooué-Lolo, du Haut-Ogooué, de la Nyanga et Haute-N'Gounié, du Congo-Atlantique à l'ouest (VII a. b);

G. fuscipes fuscipes, comme seul vecteur, est présente dans les foyers du Bas-Oubangui, de l'Oubangui-Lobaye, du Haut-M'Bomou;

G. fuscipes quanzensis, comme seul vecteur, est présente dans les foyers du Couloir et du Haut-Niari (Moukomo);

G. tachinoïdes, comme seul vecteur, est présente dans le foyer du Bas-Chari.

Dans d'autres foyers il existe 2 espèces ou sous-espèces dont la répartition et le rôle vecteur sont variables :

1° *G. fuscipes fuscipes* et *G. palpalis* sont l'une et l'autre présentes dans les foyers de Minvoul, de l'Estuaire, de l'Ogooué-Ivindo, de la Likouala et de la Haute-Sangha, leur répartition et leur rôle vecteur ont par ailleurs été exposés (6,5).

2° *G. palpalis* et *G. fuscipes quanzensis* sont l'une et l'autre présentes dans la région Est du foyer Congo-Atlantique (VIII c), cf. (6,5).

3° *G. fuscipes fuscipes* et *G. fuscipes quanzensis* sont présentes dans les foyers de la N'Kéni et de l'Alima, cf. (6,5).

4° *G. fuscipes fuscipes* et *G. tachinoïdes* sont présentes dans les foyers de l'Oubangui-Haut-Chari, de l'Ouham, du Moyen-Chari et des Logones, cf. (6,5).

Principaux foyers de maladie du sommeil

Ceux-ci peuvent être fixés au nombre de 21 et sont approximativement situés 7 au Gabon, 6 au Congo, 5 en R. C. A. et 3 au Tchad. Nous donnons pour chacun d'entre eux les divers renseignements épidémiologiques recueillis dans diverses publications et documents et dont la liste est exposée à la fin de cette étude, également des renseignements sur la population d'après le recensement officiel établi au 1^{er} janvier 1950.

I. — FOYER DE MINVOUL (S. G. H. M. P., secteur V)

En 1908, aucune mention n'est donnée d'une endémie particulièrement forte dans cette région, mais, en 1924, CLAPIER signale un foyer assez intense dont le centre serait Minvoul; aucune mention de ce foyer n'est faite ni en 1950 ni en 1953 par le S. G. H. M. P.; en 1956, on n'enregistre aucun cas de maladie du sommeil dans toute la région du Woleu N'Tem.

Il s'agit en définitive d'un foyer transitoire actuellement éteint.

Il a eu pour limites approximativement celles du district de Minvoul.

La population est faible, 71.500 habitants pour la région du Woleu N'Tem, avec une densité de 1,9 habitant au km².

II. — FOYER DE L'ESTUAIRE (S. G. H. M. P., secteur IV)

De 1905 à 1922, cette région a été considérée comme une zone d'endémicité moyenne, cependant en 1922 l'endémicité est un peu plus forte sur la rive sud et il existe un petit foyer au fond de l'Estuaire, sur la rivière Bokoué, avec 21 % de trypanosomés; en 1952 l'état endémique nécessite une campagne de lomidinisation, qui à la suite d'accidents doit être interrompue; le S. G. H. M. P. signale en 1953 une amélioration, en 1956 une légère amélioration.

Les centres de lomidinisation ont été Libreville, Cocobeach et Kango.

Ce foyer est dans l'ensemble un foyer d'endémicité moyenne, actuellement en régression, à la suite des campagnes de lomidinisation.

Son étendue correspond approximativement aux districts de Libreville, Cocobeach et Kango; en 1921 et 1922, Chinchoa et la rivière Bokoué étaient signalées comme plus particulièrement infectées.

7001 1411 81

1956-1957 10 10 10 10 10

Population faible, il y a 36.300 habitants, dans la région de l'Estuaire, la densité est de 1,9; les mouvements de population sont vraisemblablement peu importants.

III. — FOYER DU BAS-OGOOUÉ ET DE L'OGOOUÉ-MARITIME (S. G. H. M. P., secteur IV)

La maladie du sommeil y est très anciennement connue, 1898 environ; en 1907-1908, la maladie y est très rare sauf vers Lambaréné; en 1924, l'endémicité est dans l'ensemble faible, très faible sur la côte et la région des Eschiras; en 1953, toute la région est considérée comme peu atteinte; en 1956, à 40 km de Port-Gentil, un foyer est décelé dans le canton Oroungou où est immédiatement entreprise une campagne de lomidinisation.

En définitive ce foyer qui correspond aux districts de Port Gentil et d'Omboué est d'endémicité moyenne, sauf récemment un petit foyer à proximité de Port-Gentil.

Population : est pour la région considérée, compte tenu de l'agglomération de Port-Gentil, de 54.600 habitants; la densité, dans l'ensemble très faible, est de 1,3 habitant au km², les mouvements de population sont à priori marqués du fait de la présence d'une grosse agglomération, Port-Gentil, et du débouché de l'Ogooué.

IV. — FOYER DE L'OGOOUÉ-LOLO (S. G. H. M. P., secteur III)

En 1907, la maladie du sommeil est considérée comme très rare de N'Djolé à Lastourville; de 1924 à 1950, aucun renseignement ne permet de conclure à une endémicité notable dans cette région; en 1953, le S. G. H. M. P. signale que le foyer de Koulamoutou est en extension, le district de Lastourville comme peu touché, sauf en amont de Lastourville; en 1956, dans toute la région la situation est améliorée, mais le district de Koulamoutou reste le plus infecté.

Ce foyer est d'apparition récente et son étendue correspond sensiblement à celle du district de Koulamoutou et à la partie ouest du district de Lastourville en amont du chef-lieu.

V. — FOYER DE L'OGOOUÉ-IVINDO (S. G. H. M. P., secteur V)

En 1905, le bassin de l'Ivindo et son cours supérieur sont considérés comme indemnes de maladie du sommeil. En 1923, l'endémicité est moyenne dans l'ensemble mais il existe un foyer sur le Djouah aux environs de Madjingou; en 1931, l'index de contamination dans la région du Djouah est de 4,5 %, en 1932 de 5 %. En 1953, RICHET signale un gros foyer sur la rivière Djaddeh entre Mékambo et Makokou, une campagne de lomidinisation est entreprise. En 1956, malgré la lomidinisation, cette région reste un foyer actif de maladie du sommeil.

Ce foyer correspond sensiblement à la partie Nord du district de Mékambo et à la partie Est du district de Makokou, il semble être apparu en 1923, s'être maintenu au-delà de 1931 et 1932 dans la région du Djouah, être réapparu plus au sud en 1953 sur la rivière Djaddeh, et constitue actuellement un foyer persistant, résistant à la lomidinisation préventive.

La population est de densité très faible, 0,6 habitant au km², les mouvements de population seraient assez marqués dans la région du Djaddeh chez les pêcheurs (RICHET, 1953).

VI. — FOYER DU HAUT-OGOOUÉ (S. G. H. M. P., secteur III)

De 1907 à 1924, c'est un des foyers les plus considérables de la colonie, il s'étend jusqu'en aval de Lastourville, envahit au sud-est la Nyanga, menace le Kouïlou à l'ouest et rejoint vraisemblablement le foyer de la Haute-Likouala à l'est. En 1930 l'index de contamination nouvelle est de 3 %, en 1931 l'endémie est forte, l'index de contamination nouvelle est de 3,4 %; en 1951 l'endémie est faible, mais au sud apparaît en 1953 un petit foyer à Zanaga, une campagne de lomidinisation y est entreprise; en 1956 on constate une amélioration.

Ce foyer correspond aux districts de Franceville, Zanaga et Lastourville partie Est; actuellement on peut considérer que l'endémicité sommeilleuse y est très atténuée.

Population : s'élève à 42.900 habitants, la densité paraît très faible, il n'y a pas de grands axes de communications.

VII. — FOYER DE LA NYANGA ET DE LA HAUTE-N'GOUNIÉ (S. G. H. M. P., secteur III)

a) Haute-Nyanga : en 1908 pas de mention; en 1923, jusqu'à Divénié sur la Nyanga, la maladie du sommeil présente une marche épidémique manifeste, sans doute en provenance du foyer du Haut-Ogooué, les habitants de la plaine surtout sont frappés, l'épidémie respectant jusqu'à un certain point les habitants de la forêt. En 1950 l'endémie est forte sur la route du Gabon, et la lomidinisation de la région entraîne une amélioration; en 1953 l'amélioration est notable après la campagne de lomidinisation qui s'est étendue de 1948 à 1953; en 1956 cette amélioration est persistante.

b) Haute-N'Gounié, route du Gabon, la région de N'Dendé est reliée au foyer précédent, on y constate une forte amélioration de l'endémicité sommeilleuse après la campagne de lomidinisation qui y a été faite de 1951 à 1953.

c) Basse-Nyanga : En 1946-1950, Mayumba est une zone d'endémie faible mais irréductible; la lomidinisation entreprise amène une amélioration à partir de 1950 (LOTTE); en 1953 pas d'amélioration dans le district de Tchibanga, la lomidinisation est poursuivie en 1953-1954; en 1956 amélioration continue.

Population : pour la région de la Nyanga elle est de 34.700 habitants.

Ce foyer correspond à la région de la Nyanga (districts de Tchibanga et Mayumba) et aux districts de Divénié (ouest) et de N'Dendé, son importance résulte de l'axe routier Dolisie-Gabon qui le traverse.

VIII. — CONGO-ATLANTIQUE (ancienne route des caravanes)

De la côte (Loango) à Brazzaville existait, entre 1898 et 1908, une large zone épidémique dont l'axe correspondait à l'ancienne route des caravanes. Depuis cette époque la maladie du sommeil a disparu plus ou moins rapidement et plus ou moins complètement, inégalement suivant les régions que l'on peut à ce point de vue répartir arbitrairement en trois groupes.

1) région Ouest s'étendant du Mayumbe à la côte (pays Loango), « la régression rapide a coïncidé avec l'abandon d'une voie de portage devenue inutile par suite de la mise en exploitation du chemin de fer belge » (BLANCHARD et LAIGRET), les populations ont d'ailleurs été soumises vers 1921 à une large atoxylation préventive; cette région correspond aux districts de Pointe-Noire et M'Vouti, l'endémie déjà atténuée en 1912 est en complète régression en 1924, en 1956 pour toute la région du Kouilou, qui déborde largement cette région, on enregistre seulement 8 nouveaux trypanosomés.

La population paraît de densité assez faible en dehors de l'agglomération de Pointe-Noire et de l'axe route-voie ferrée.

2) région centrale comprenant les districts ou régions voisines de Dolisie, Loudima, Komono, Madingou, Boko-Songho, Sibiti-Sud; en 1924 l'endémie y est persistante, après 1946 elle est toujours tenace avec de nombreux foyers épidémiques vers Sibiti, Dolisie, Madingou, Boko-Songho et Kimongo, de 1949 à 1953, les multiples campagnes de lomidinisation entraînent une régression progressive de l'endémie, en 1956 la maladie du sommeil est nettement en régression à l'exception d'un petit foyer dans la région de Madingou.

Sur la boucle du Niari est observée en 1948 une endémie assez forte à proximité de la route Dolisie-Gabon; cette région me semble plutôt devoir être reliée au foyer Nyanga-Haute-N'Gounié, la lomidinisation y a amené une amélioration persistant en 1956.

Cette région est très peuplée, elle constitue la partie sud de la région administrative du Niari dont la population atteint 142.100 habitants avec une densité de 2,8 habitants au km². Les mouvements de population y ont certainement une grande influence en raison de la présence de 2 grands axes de communications : routier Dolisie-Gabon, route et voie ferrée Atlantique-Congo.

3) région Est comprenant les districts ou régions voisines de Mouyoundzi, Mindouli, Kinkala, Boko, Linzolo et Brazzaville-Ouest; vers 1908 l'endémie y est très forte, en 1920 l'indice est encore de 5 % à Mouyoundzi, mais diminue vers Sibiti et Mindouli, Mindouli est une zone de transition

entre Moyen-Niari et Brazzaville; vers Kinkala, Boko et Linzolo, l'endémie est très faible. En 1953, à Mouyoundzi, l'endémicité est nettement amoindrie après lomidinisation, à Mindouli l'endémie est médiocre après lomidinisation, très faible à Kinkala et Boko, en 1956, à l'exception d'un petit foyer à Mindouli, l'endémie est très faible dans toute la zone considérée.

La population est apparemment de densité faible sauf à proximité de Brazzaville, et les principaux mouvements de population sont sous la dépendance des deux voies de communications route et voie ferrée.

IX. — FOYER DU COULOIR (Congo au nord de Brazzaville)

L'épidémie dans cette région est de date très ancienne, 1887, et s'est manifestée comme très meurtrière sur les deux rives; en 1920 l'endémie est toujours très forte et reste sans grands changements de 1936 à 1946; de 1948 à 1954 sont pratiquées 11 campagnes de lomidinisation, entre 1953 et 1954 l'index de contamination nouvelle tombe à zéro, de 1955 à 1958 on note la réapparition de quelques cas isolés, dans des villages où est pratiquée la lomidinisation, l'endémie reste dans l'ensemble très faible.

Ce foyer est limité à la proximité immédiate des rives du fleuve et s'étendait du nord de Brazzaville jusqu'au sud de M'Pouya, N'Gabé, Kwamouth.

La population s'est notablement augmentée de 1935 à 1950, les mouvements de population y ont été très marqués, les communications se faisant exclusivement par voie fluviale.

X. — FOYER DE MOUKOMO (Haut-Niari)

Ce foyer localisé près de l'agglomération de Moukomo sur le cours supérieur du Niari, appelé N'Douo, entre Mayama et Mouyoundzi, est restreint par son étendue et semble d'apparition relativement récente. Il n'est peut-être que l'extension du foyer du couloir auquel il aurait été relié par la vallée de la Léfni.

En 1908 dans toute la région de Pangala et Mayama l'endémie est très faible; en 1918 l'index n'y dépasse pas 1 à 3 %; cependant en 1924, s'il existe de rares trypanosmés entre Mayama et Mouyoundzi, à Brazzaville on diagnostique assez fréquemment des cas de maladie du sommeil chez des autochtones en provenance de la région de Pangala, BLANCHARD et LAIGRET concluent qu'il existe dans cette région une endémie forte reliée sans doute au foyer de la Léfni signalée en 1908 comme très atteinte.

En 1947, dans la région de Moukomo, se constate au milieu d'une zone saine un foyer isolé, mais virulent, d'indice plus ou moins élevé suivant les villages (LOTTE, 1950), en 1948 l'action thérapeutique abaisse l'indice à 1,6 %, en 1949 des campagnes de chimio-prophylaxie (lomidine) sont entreprises et l'indice de virus en circulation passe de 0,2 % à 0 en 1953.

Les mouvements de population paraissent modérés, même à Moukomo, sur la route de Mayama à Mouyoundzi, où le fleuve est franchi par un bac.

XI. — FOYER DE LA N'KÉNI

N'est peut-être pas à proprement parler un foyer mais une zone d'endémicité variable, faible ou moyenne, suivant l'époque ou l'endroit considéré, zone qui correspond globalement au bassin de la N'Kéni, dans le district de Gamboma, ce chef-lieu est situé sur le fleuve.

En 1908 la maladie du sommeil paraît très répandue dans la Haute-N'Kéni, elle est peut-être en provenance du foyer de la Léfni, mais est rare à l'embouchure.

Des renseignements plus récents (1947) montrent que dans la zone intérieure l'endémicité est faible et qu'elle est plus marquée à l'embouchure du fleuve où la lomidinisation préventive a, par la suite, entraîné une baisse de l'indice de virus en circulation de 5,7 à 0,6 %.

La population est de densité faible, celle-ci pour toute la région administrative de l'Alima, dont fait partie le district considéré, est de 1,8 habitant au km²; les mouvements de population sont assez marqués sur le fleuve surtout en aval de Gamboma et également sur l'axe routier automobile Brazzaville-Ouessou, où l'agglomération de Gamboma constitue un gîte d'étape.

XII. — FOYER DE L'ALIMA (S. G. H. M. P., secteur I)

Constitue plus exactement un ensemble de différents foyers plus ou moins reliés entre eux et correspondant au bassin de l'Alima, principalement dans les districts de Mabirou, Fort-Rousset, Ewo et la partie Nord-Ouest du district de Djambala.

En 1900 la maladie du sommeil est très répandue dans le cours inférieur et moyen.

En 1924 l'endémie est médiocre dans le cours inférieur, en régression dans le cours moyen.

En 1947 et 1949 il existe une endémie accentuée, et en quelque sorte systématisée (LOTTE), sur la rive gauche entre les localités de Lékéti en amont et Edou en aval, deux campagnes de lomidinisation entraînent une amélioration.

En 1949 est découvert un foyer nettement circonscrit, c'est le foyer de Djambala-Lékana entre rivière Lékéti et rivière M'Pama, il faudra à ce moment quatre campagnes de lomidinisation pour ramener l'indice de virus en circulation de 7,2 % à 0. En 1953 l'amélioration est persistante, de même en 1956 où l'on arrête les campagnes de lomidinisation dans le district de Djambala.

La population est dans l'ensemble de densité faible, sauf vers le cours Supérieur, où elle est particulièrement élevée à l'est de Djambala. Il existe deux grands axes de communications : la route Brazzaville-Ouesso et le fleuve.

XIII. — FOYER DE LA LIKOUALA (secteur VII du S. G. H. M. P.)

Ce foyer correspond à la vallée de la Likouala-Mossaka. L'endémicité a été depuis 1908 et reste actuellement plus marquée dans le cours inférieur du fleuve et au confluent avec le Congo à Mossaka. Il faut cependant noter un foyer épidémique dans la Haute-Likouala signalé seulement vers 1924 et peut être relié au foyer du Haut-Ogooué.

Dans le bas fleuve l'endémicité était très marquée de 1908 à 1924, en 1949 à Mossaka l'indice de virus en circulation est encore de 1,78 %; après les lomidinisations commencées en 1950, la situation ne cesse de s'améliorer et la régression est persistante en 1956.

La population est en général de densité peu élevée, sauf dans le cours inférieur du fleuve, les mouvements de population sont surtout marqués au confluent Likouala-Sangha-Congo-Oubangui où la circulation est uniquement fluviale, plus à l'ouest l'axe routier Brazzaville-Ouesso passe par Fort-Rousset et Makoua.

Ce foyer correspond approximativement aux districts de Mossaka, Fort-Rousset (nord), Ewo, Kellé et Makoua.

XIV. — FOYER DE LA HAUTE-SANGHA (secteur X du S. G. H. M. P.)

Ce foyer très ancien, connu depuis 1895 et sans doute d'apparition bien antérieure, correspond au bassin de la Haute-Sangha dans les districts de Nola, Berberati et Carnot (sud), la maladie du sommeil y aurait peut-être été importée du Cameroun en provenance de Yokadouma (LOTTE), il semble que l'apparition de ce foyer ait succédé à une poussée épidémique transitoire sur la Basse-N'Goko et la Moyenne-Sangha (BLANCHARD et LAIGRET); d'après VAUCÉL dans le foyer du Nyong au Cameroun l'infection aurait été amenée par les Dzimous de la Sangha. Sans qu'il soit possible de déterminer le sens de la propagation de la maladie du sommeil, il paraît vraisemblable qu'il existe une liaison entre le foyer de la Haute-Sangha et différents foyers du sud du Cameroun : Nyong, Doumé... De 1895 à 1943 l'endémie a été très forte avec des poussées épidémiques, notamment vers la Lobaye, la M'Baéré et la Topia vers 1906-1907, vers Carnot en 1908, l'endémie est restée très forte jusqu'en 1943.

De 1943 à 1950 sont entreprises des campagnes de lomidinisation abaissant l'indice de virus en circulation de 24 en 1943 à 0,06 % en 1950, en 1953 et 1956 la régression se maintient.

La population dans la région administrative de la Haute-Sangha atteint 93.000 habitants avec une densité moyenne de 2,1 habitants au km², il existe vraisemblablement des mouvements de population entre R. C. A. et Cameroun (plus particulièrement la région de Yokadouma). La récolte du caoutchouc a pu ici être un facteur de dissémination de la maladie du sommeil.

XV. — FOYER DU BAS-OUBANGUI, DE LA LIKOUALA AUX HERBES ET DE LA BASSE-SANGHA

Correspond à une région comprenant les bassins du Bas-Oubangui, de l'Ibenga, de la Likouala aux herbes, de la Motaba et de la Basse-Sangha, c'est-à-dire les districts de Mossaka-Nord, Epena, Impfondo et Dongou. Toute cette région est couverte de forêts souvent marécageuses, la circulation se fait uniquement par voie fluviale et le Bas-Oubangui est la principale voie de communication jusqu'à Mossaka, où ce foyer se réunit au foyer précédemment décrit de la Likouala (XII).

L'endémie a été la plus ancienne et la plus forte au confluent Sangha-Likouala sans dépasser Picounda sur la Sangha, d'après les renseignements connus elle remonterait au-delà de 1893; une endémicité forte s'est également manifestée vers le Nord mais plus tardivement à partir de 1913 dans les régions d'Impfondo, Dongou, Basse-Motaba, Basse-Ibenga et Bétou. Dans l'ensemble la maladie du sommeil semble avoir légèrement et inégalement régressé de 1924 à 1949; à partir de cette époque les campagnes de lomidinisation ont amené une extinction générale de l'endémie dans la Basse-Sangha de 1949 à 1953, dans la région de la Likouala aux herbes de 1952 à 1953, dans la région d'Impfondo de 1952 à 1953; sont signalés seulement en 1953 deux petits foyers persistants à Impfondo et à Dongou; en 1956 pour toutes les régions envisagées l'endémie est considérée comme très basse.

La population est de densité extrêmement faible, moyenne de 0,4 habitant au km², sauf au confluent vers Mossaka; la circulation est uniquement fluviale.

XVI. — FOYER OUBANGUI-LOBAYE (secteur XIII du S. G. H. M. P.)

Ce foyer correspond aux bassins de la Lobaye et de la M'Poko, dans les districts de Mongoumba, M'Baïki, Boda, Bossembélé, Damara et Banui.

Du point de vue endémie sommeilleuse l'on peut distinguer grosso modo trois périodes :

- 1) épidémique, de 1904 à 1911;
- 2) d'endémie moyenne avec quelques régions momentanément plus infestées de 1914 à 1953;
- 3) d'endémie faible vers 1956.

En 1904 l'épidémie du pays Baca en aval et en amont de Bangui a déjà gagné la route d'étapes du Chari, entre 1900 et 1911 un 2^e courant épidémique en provenance de la Haute-Sangha atteint les deux affluents gauches de la Lobaye : la Topia et la M'Baéré, et sans doute Boda, toute cette région en 1911 est en pleine épidémie.

Après 1914 on assiste à une décroissance générale de l'endémie à l'exception de la région de Mongoumba à l'embouchure de la Lobaye qui reste très infectée (1924), en 1946 sur la Topia un petit foyer fait une réapparition à Djomo, mais en 1950, après une seule campagne de lomidinisation, la situation y est bien améliorée, en 1951 le district de Bimbo est très touché, moindrement les districts de Bossembélé et de Mongoumba, dans chacun de ces districts sont pratiquées 5 à 6 lomidinisations semestrielles, en 1953 tous ces foyers sont en voie de disparition, en 1954 à Bangui, à la limite du district de Bimbo, apparaît un nouveau foyer.

En 1956 la régression de l'endémie est générale, sauf dans un petit foyer à Mongoumba.

La population est relativement dense, les moyennes signalées dans les deux régions administratives de l'Ombella M'Poko et de la Lobaye sont respectivement de 3 et de 3,4 habitants au km², les mouvements de population y sont vraisemblablement assez marqués du fait de la proximité du chef-lieu et port fluvial de Bangui.

XVII. — FOYER DE L'OUBANGUI-HAUT-CHARI

Ce foyer est axé par l'ancienne route d'étapes Fort de Possel-Fort-Crampel reliant autrefois l'Oubangui au bassin du Haut-Chari, il est relié au foyer de l'Oubangui-Lobaye décrit précédemment.

Du point de vue endémique général on peut considérer 3 périodes : de 1900 à 1917, vers 1923, entre 1953 et 1956.

- 1) Les années 1900 à 1917 constituent une période épidémique marquée par l'envahissement de toute la région proche de la route d'étapes de l'Oubangui jusqu'à l'est de la Lobaye.

2) Vers 1923, avec une légère amélioration aux limites ouest et est de ce foyer, coïncide une poussée de la maladie du sommeil de Kouango vers Bambari et celle-ci diffuse à partir de ce dernier district.

3) De 1951 à 1953 sont pratiquées des campagnes de lomidinisation, en 1953 l'endémie reste assez sérieuse dans les districts de Grimari, moins grave dans ceux de Bambari, Bakala, Kouango et Ippy; en 1956 on assiste à une baisse continue de l'endémie.

La région de la Ouaka-Kotto (Bambari, Grimari, Bakala) est relativement peuplée avec 42.000 habitants et une densité de 3 habitants au km².

L'ancien axe de communication de la route d'étapes Possel-Crampel a joué à l'origine un grand rôle dans la création et l'extension de ce foyer, dans toute cette région l'Oubangui navigable en amont de Bangui est une voie de communication importante.

XVIII. — FOYER DU HAUT-M'BOMOU ET DE BANGASSOU

Le foyer du Haut-M'Bomou est un foyer très ancien puisqu'il était connu en 1897, la maladie du sommeil y a été très probablement importée du Soudan, il était limité initialement à la région de Goubéré, Djema et Derbisaka, une forte extension se manifeste en 1912-13, gagnant les régions de Chinko, Obo, Zemio et Rafaï.

En 1953 le foyer est limité à la région d'Obo.

En 1956 les campagnes de lomidinisation entreprises ont amené une grosse amélioration.

Le foyer de Bangassou peut être rattaché au foyer du Haut-M'Bomou, en 1923 les cas observés ne sont considérés (BLANCHARD et LAIGRET) que comme des cas d'importation, en 1953 ce foyer est très limité et en 1956 paraît complètement éteint.

Les limites topographiques de ce foyer dans l'ensemble ont correspondu, au stade maximum d'extension, sensiblement à celles des districts d'Obo, Rafaï et Bangassou.

La population de la région administrative du M'Bomou est de 120.500 habitants avec une densité très faible de 0,7 habitant au km². La proximité de la frontière n'est certainement pas sans relation avec l'existence de ce foyer, une constatation analogue peut être faite pour d'autres foyers, Boko-Songho au Congo (VIII b), le Couloir (IX), la Haute-Sangha (XIII)...

XIX. — FOYER DE L'OUHAM

Les premiers renseignements sur cette région remontent à 1904, à ce moment la région paraît indemne de maladie du sommeil. En 1907 le poste de Marali sur la Fafa constitue déjà un foyer, dont l'index endémique est très élevé en 1918; à partir de 1922 on note une endémie forte au sud du district de Bouca, moyenne dans le reste du district et les deux districts de Bossangoa et Batangafo. Les lomidinisations entreprises à partir de 1946 amènent une stérilisation rapide, en 1956 le foyer à Bossangoa est éteint et seuls quelques cas sont diagnostiqués à Bouca et Batangafo.

La région de l'Ouham a 123.000 habitants avec une densité de 2,5 habitants au km², elle est traversée par 2 grands axes routiers très fréquentés, Bangui-Bouca surtout et Bangui-Bossangoa.

XX. — FOYER DU MOYEN-CHARI

Avant 1914 l'endémie semble y avoir été très faible.

En 1914 il n'y a encore d'atteint qu'un seul village au sud de Moissala sur la rive gauche du Bahr-Sara, mais l'endémie par la suite ne cesse de croître et de s'étendre, en 1953 elle a envahi les trois districts de Moissala, Koumra, Fort-Archambault et l'ouest du district de Kyabé; à cette époque ce foyer de maladie du sommeil est un des plus actifs d'A.E.F. Des campagnes de lomidinisation sont alors entreprises. En 1956 l'endémie est devenue moyenne dans l'ensemble sauf vers Kyabé où elle est faible.

La population de la région administrative du Moyen-Chari est estimée à 218.000 habitants avec une densité relativement élevée pour l'Afrique Centrale de 5,2 habitants au km².

XXI. — FOYER DES LOGONES (secteur XVI du S. G. H. M. P.)

Entre 1914 et 1916 l'endémie paraît localisée en deux petits foyers : sur la Pendé aux environs de Goré et sur le Tandjilé, foyer de Schoa, à l'ouest de Laï (prospections de BOUILLIEZ citées par BLANCHARD et LAIGRET), mais, par ailleurs il n'existe pas de maladie du sommeil dans la région; en particulier Doba et Laï sont indemnes.

De 1919 à 1924 la maladie du sommeil semble avoir diffusé à partir de ces deux foyers et s'étend au nord jusqu'à 40 km en aval de Laï, cette dernière limite est située sensiblement à la même latitude que celle de la limite septentrionale du foyer du Moyen-Chari, soit entre 9 et 10° de latitude nord.

En 1956, si Moundou, Baïkokoum et Laï restent des foyers actifs, on note une diminution de l'endémie à Kélo et une grosse amélioration à Doba.

La population est très nombreuse et très dense, la région administrative du Logone est la plus peuplée de toutes les régions de l'ancienne fédération d'A.E.F, après le Ouaddaï, s'élevant à 420.000 habitants avec une densité de 8,1 habitants au km².

XXII. — FOYER DU BAS-CHARI

En 1924 MURAZ signale la maladie du sommeil sur le Chari à partir de Bouso, sur le Logone à partir de Holom.

En 1953 l'endémie est généralisée mais on peut cependant distinguer 3 zones :

- 1) sur le Chari en aval de Fort-Lamy,
- 2) sur le Chari en amont,
- 3) sur le Logone.

C'est surtout à la périphérie de Fort-Lamy que l'endémie est la plus accentuée.

En 1956 après des campagnes de lomidinisation, se manifeste une diminution générale de l'endémie sauf dans la région de Massenya.

La région administrative du Chari-Baguirmi possède une population de 252.000 habitants avec une densité de 2,7 habitants au km². Le fait que Fort-Lamy constitue un centre important d'échange joue certainement un rôle important dans la diffusion de l'épidémie.

*Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer,
Institut de Recherches Scientifiques au Congo,
Institut Pasteur de Brazzaville.*

RÉFÉRENCES

1. BLANCHARD (M.) et LAIGRET (J.). — La maladie du sommeil en Afrique-Équatoriale Française de 1908 à 1924. Rapport dactylographié 133 p. Institut Pasteur de Brazzaville.
2. DEMARCHI (J.). — Carte de la trypanosomiase humaine en Afrique-Équatoriale Française (indices de contamination) publiée hors texte dans le numéro de juillet 1958, volume 9, du bulletin bibliographique et signalétique du B.P.I.T.T.
3. LOTTE (A. J.). — Enseignement de quatre années de chimioprophylaxie en A.-E.F., B.P.I.T.T., 1956, 146/0.
4. LOTTE (A. J.). — La prophylaxie de la maladie du sommeil dans les zones aquatiques. *Bureau permanent inter-africain de la Tsé-tsé et de la Trypanosomiase*. Publication n° 206 (Texte français). Comité Scientifique International de Recherches sur les Trypanosomiasés. Cinquième Réunion, tenue à Pretoria du 13 au 17 septembre 1954, pp. 29-36, 1 carte.
5. MAILLOT (L.). — Carte de répartition des Glossines dans l'ancienne fédération d'Afrique-Équatoriale Française et notice ronéotypée 23 p. Off. Rech. Scient. et Techn. Outre-Mer, 1960.
6. MAILLOT (L.). — Répartition des Glossines et maladie du sommeil suivant les races géographiques. — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1961, 54 (4), 856-69.
7. MARTIN (G.), LE BOEUF et ROUBAUD (E.). — La maladie du sommeil au Congo Français, 1906-1908. Masson édit.
8. Rapports annuels sur le fonctionnement technique de l'Institut Pasteur de Brazzaville.
9. Rapports annuels du Service Général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie d'A.-E.F.



OFFICE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE OUTRE-MER
INSTITUT D'ÉTUDES CENTRAFRICAINES

CARTE CHRONOLOGIQUE DES PRINCIPAUX Foyers DE LA MALADIE DU SOMMEIL DANS LES ÉTATS DE L'ANCIENNE FÉDÉRATION D'AFRIQUE ÉQUATORIALE FRANÇAISE

dressée par le Médecin-Commandant L. MAILLOT

- - - - - - Endémie faible ou très faible
- - - - - - Endémie médiocre ou faible avec foyers localisés
- - - - - - Endémie forte ou épidémie
- - - - - - Sens de propagation probable d'une poussée épidémique
- * - - - - - Chef-lieu Centre de lomidisation préventive
- - - - - - Foyer lomidinisé

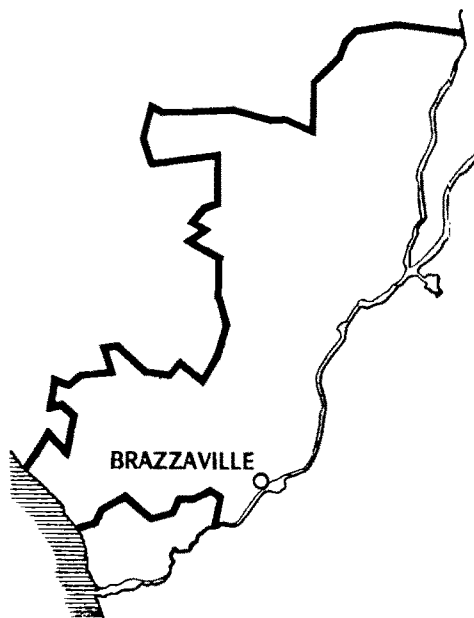
N. B. 1 : Les lignes les plus extérieures correspondent aux stades les plus récents dans les différents foyers.
N. B. 2 : Ces lignes donnent seulement des indications chronologiques et ne doivent pas être considérées comme des limites topographiques

I	Minvoul	1908	1924	1956	X	N'Kéni	1908	1947	1950-51		
II	Estuaire	1905-22	1953	1956	XI	Alima	1900	1924	1949-50	1953-56	
III	Bas Ogooué et Ogooué M ^{me}	1907-08	1924	1953-56	XII	Likouala	1908-24	1949	1950-56		
IV	Ogooué Lolo	1907	1953	1956	XIII	Haute Sangha	1895-1943	1950-56			
V	Ogooué Ivindo	1905	1923	1953	1956	XIV	Likouala aux herbes et Basse Sangha	1893-1949	1953	1956	
VI	Haut Ogooué	1907	1924-30-31	1953	1956	XV	Oubangui Lobaye	1904-11	1914-53	1956	
VII	Nyanga et H ^m N'Gounié	1923	1950	1953	1956	XVI	Oubangui Haut Chari	1908-17	1923-56		
VIII	Congo Atlantique ancienne route des caravanes					XVII	Haut M'Bomou	1897-1913	1953	1956	
	a	1898-1908	1912	1924	1956	XVIII	Ouham	1904	1907	1918	1922-56
	b	1908	1924	1946	1950-56	XIX	Moyen Chari	1913	1914-53	1956	
	c	1908	1920	1953-56		XX	Logones	1914-24	1953	1956	
IX	Foyer du couloir	1887-1953	1954	1955	1958	XXI	Bas Chari	1924-53	1956		
IX'	Foyer Moukomo (Lomidinisé)	1908	1924-49	1953-58							

Fonds au 1 : 2 000 000 de Février Mars 1957

ÉCHELLE 1 : 5 000 000

BULLETIN DE L'INSTITUT DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES AU CONGO



BULLETIN DE L'INSTITUT DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES AU CONGO

fondé en 1922 sous le titre :

Bulletin de la Société des Recherches Congolaises,

devenu en 1945 :

Bulletin de l'Institut d'Études Centrafricaines, 1945-1961.

Directeur :

Inspecteur Général R. PAULIAN, Directeur de l'I. R. S. C., B. P. 181
Brazzaville (République du Congo).

Comité de rédaction :

G. BERRIT, B. DESCOINGS, G. MARTIN, M. SORET, Dr. R. TAUFFLIEB.

La Direction de l'I. R. S. C., B. P. 181, Brazzaville, sera heureuse d'organiser l'échange de son *Bulletin* avec les publications scientifiques intéressant sa bibliothèque.

Le *Bulletin de l'I. R. S. C.* accepte les articles en français, anglais, allemand ou italien. Les manuscrits doivent être dactylographiés, sur une seule face et à double interligne; illustrés de préférence de dessins au trait.

Les auteurs reçoivent gratuitement 50 exemplaires en tirés à part; ils peuvent en commander, à titre onéreux, un nombre plus élevé.

Adresser toute la correspondance concernant le *Bulletin de l'Institut de Recherches Scientifiques au Congo* à :

Monsieur le Directeur de l'I. R. S. C.

B. P. 181

BRAZZAVILLE (Congo)