

Année 1969

N° _____

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

VALAS Patrick-Jean-René, né le 27 avril 1939

à HANOI - INDOCHINE.

Ancien externe des hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1969

ORGANISATION ET RESULTATS DU TRAVAIL D'UNE EQUIPE

MEDICO - CHIRURGICALE DE LA CROIX ROUGE AU BIAFRA

Président : Monsieur le Professeur SICARD /

Organisation et résultats du travail d'une équipe Médico-
chirurgicale de la Croix-Rouge du BIAFRA .

AUX ENFANTS DU BIAFRA

A MA MERE

A MON PERE

A CHARLOTTE VIANSSON-PONTÉ

A la CROIX ROUGE FRANCAISE

En la personne du Médecin-Général DEBENETTI

A mon GRAND-PERE

Le Médecin-Général Constant MATHIS

A Monsieur le Docteur OKOÏE . (BIAFRA)

A MES AMIS, membres de la Mission de la Croix-Rouge Française,
qui m'ont aidé dans l'élaboration de cette thèse.

MM; le Docteur RECAMIER

- HERNANDEZ (Guatemala)
- Christiane MAROT
- KOUCHNER
- MIGNEN
- DULAC (étudiant en médecine)
- BERNAUDIN (étudiant en médecine)
- GRELETY-BOSVIEL
- DIGEON
- LACRONIQUE

Monsieur DESCHARTES (infirmier de la C.R.F.)

- DRIOT - - -
- GAZENGEL - - -

Mademoiselle NEUENSCHLANDER (infirmier du C.I.C.R.)

Monsieur DEIMER (infirmier du C.I.C.R.)

Aux membres des organisations humanitaires qui ont
travaillé au BIAFRA

CARITAS

Les Pères Blancs

WORLD COUNCIL OF CHURCH

Aux pilotes du Pont Aérien

Monsieur CHAPELL

Monsieur DUBOIS-MATRA

Monsieur TOSELLI

PLAN :

A.- GENERALITES .

B.- ORGANISATION :

- Hôpital, conditions matérielles .
- Centre de Kwashiorkor .
- Feeding-Centers .
- Camps de réfugiés .

C.- ANESTHESIE-REANIMATION :

- Réanimation pré-opératoire .
- Pré-médication . Anesthésie . Entretien .
- Résultats .
- Pansements graves .

D.- ENFANTS :

Organisation et fonctionnement des Centres . Résultats .

E.- CAMPS DE REFUGIES :

Organisation . Distribution de la nourriture .

F.- PATHOLOGIE GENERALE .

G.- CONCLUSION .

I.- INTRODUCTION :

On a parlé de guerre tribale et religieuse, et j'ai vu au Biafra une nation unie parfaitement structurée et organisée, qui lutte pour survivre.

Il est 23 heures, le super-constellation de la Croix-Rouge, que j'ai pris à FERNANDO-POO, survole maintenant le Nigéria tous feux éteints, vers le réduit biafrais. Quelques tirs de DCA trouent la nuit, mais nous sommes trop haut : " Les Nigerians tirent sur tous les avions, Croix-Rouge ou pas, prétextant qu'il peut s'agir d'avions d'armes, et le danger n'est vraiment réel qu'au moment de l'atterrissage, car le front est tout proche de l'aéroport ". Et bientôt, c'est Uli "l'aérodrome", en fait route élargie, balisée par quelques lampes à pétrole ; l'avion amorce sa descente, au dernier moment allume ses phares, et se pose, quotidiennement mais de nuit, car les vols de jour sont interdits ; quinze avions de la Croix-Rouge venus de Ferdinando-Poo ou de Libreville atterrissent ainsi, effectuant parfois deux rotations par nuit, sans lumière, sans tour de contrôle, sans météo.

Rapidement, il faut dégager la piste car un autre appareil va se poser. L'avion est déchargé de sa précieuse cargaison de vivres et de médicaments, qui vont prolonger quelques vies, soulager quelques misères.

Un Père Blanc, Desmond Mac Clare, nous accueille. Il vient chaque soir ici, vers cette source de vie et d'espoir, fil ténu reliant ce monde de cauchemar au monde des vivants presque

indifférents, ignorant la réalité d'un des plus grands drames de l'humanité.

On nous accompagne à la douane, où, très dignes, les fonctionnaires biafrais nous font subir les formalités, comme à de simples touristes, comme dans n'importe quel pays du monde : " Qui êtes-vous ? Que venez-vous faire au Biafra ? Combien de temps comptez-vous rester ?" On fouille les bagages. Puis c'est le sourire. "Welcome", nous dit un douanier, et l'on nous offre une tasse de thé au lait... dans ce pays affamé.

Je croyais trouver le désordre, la panique, la résignation, la soumission, et j'ai rencontré l'ordre, le courage, la volonté.

Car, au Biafra, qui subit depuis 16 mois le plus hallucinant blocus qu'aucun peuple ait jamais subi, dans un réduit de 60 sur 120 kilomètres, où s'entassent 8 millions d'habitants, et bien, tout fonctionne, la douane, la poste, l'électricité, parfois, une administration pointilleuse : j'ai vu des cantonniers tirer au cordeau les bords d'une route de brousse qui avait été endommagée par les bombardements.

On a écrit dans toute la presse que le peuple Ibo était l'un des plus évolués de l'Afrique : Dans le village de brousse le plus reculé, tout le monde parle anglais, cela signifie 80% de scolarisation ; la plus grande université d'Afrique est au Biafra, avec ses professeurs Ibos agrégés des meilleures universités occidentales. Cela signifie qu'il y a des ingénieurs, des techniciens, des médecins (300 médecins pour 8 millions d'habitants), la plus forte densité en Afrique (30 médecins Haoussas pour 35 millions de

Nigériens), et dont certains ayant fait des stages en Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis, n'ont rien à envier aux meilleurs spécialistes européens.

Les Ibos ont une structure sociale très évoluée. Les villages se groupent en communautés, construisant des hôpitaux, des écoles, des lycées ; les élèves les plus doués seront nantis de bourses pour aller parfaire leur formation dans les pays occidentaux.

L'armée n'a pas besoin de conseillers militaires étrangers, la plupart de ses officiers sont diplômés de Sandhurst (le Saint-Cyr anglais) ; les mercenaires ne sont que sept, entraînant essentiellement les commandos ; c'est l'armée régulière qui se bat, avec ses soldats dont certains sont à peine âgés de quinze ans, ont des uniformes en haillons, les pieds nus, un fusil et cinq cartouches pour dix.

Les seuls pilotes de jet du Nigeria sont Ibos, mais le Biafra ne dispose que de deux hélicoptères déclassés, avec lesquels seront bombardées les lignes fédérales .

Les Nigériens, eux, possèdent des avions : Appareils soviétiques Migs ou Iliouchines, pilotés par des Egyptiens qui se couvrent de gloire dans le ciel biafrais avec pour objectifs, les hôpitaux, les camps de réfugiés, les routes, les marchés et dont on connaît les horaires d'attaque : entre 11 heures et 16 heures, toujours par beau temps, et jamais le week-end où ils goûtent un repos bien mérité.

Pourquoi refaire ici l'historique de cette guerre ? Pourquoi s'interroger pour savoir s'il y a, ou non, génocide ? Les chiffres parlent : deux millions de morts en seize mois, c'est à dire plus que la guerre du Vietnam en quatre ans ; 6 à 10.000 morts par jour, de

faim, de souffrance, d'épuisement ; Peut-être trois à quatre millions de morts en puissance du fait de leur misère physiologique.

En territoire occupé les Nigériens, ne pouvant liquider physiquement les Ibos, affament les populations prisonnières.

J'ai interrogé de nombreux Biafrais ayant échappé par miracle aux représailles des Haoussas, ivres d'alcool et de drogues. Un médecin biafrais, rescapé de la boucherie de l'hôpital d'Ikot Epené, raconte :

"Tous les malades ont été abattus dans leur lit, les médecins, alignés le long d'un mur, assassinés d'une balle de revolver dans la tête, les infirmières, battues, violées, puis égorgées.

Ils tuent tout le monde, s'acharnant sur les intellectuels qu'ils recherchent et abattent systématiquement après avoir épuisé sur eux tout l'arsenal des tortures que l'homme a inventé depuis qu'il existe".

Dans ce déchainement de barbarie, que reste-t-il aux Ibos ? Une petite chance de survie dans un territoire libre, ou une mort atroce. C'est pourquoi ils se battent et se battront jusqu'au dernier, sans haine pourtant. Dans ce calvaire atroce, ce peuple a conservé toute sa dignité, toute sa grandeur. J'ai vu des prisonniers nigériens que la foule se contente d'insulter, sans les toucher.

Le Biafra est un des seuls pays d'Afrique qui peut fonctionner sans aucun cadre européen. En particulier, il y a des hôpitaux, des médecins, un personnel hospitalier très compétent ; mais ils sont démunis de tout : pas de médicaments, pas même de bandages ; seules les équipes de la Croix-Rouge disposent d'un matériel considérable, mais les statuts de cet organisme lui interdisent de distribuer ces

précieux médicaments qui ne doivent être utilisés que par l'intermédiaire de ses délégués.

Je me suis rendu à Santa-Anna, situé à quatre kilomètres de l'hôpital de la Croix-Rouge, où un bombardement avait eu lieu quelques heures auparavant. A cause d'une bombe, c'était une vision de cauchemar : cadavres déchiquetés, mutilés, d'enfants, de femmes, de vieillards ; au total, vingt-cinq morts, deux cent à trois cent blessés et pas une ambulance, pas un médecin, pas même une infirmière qui, en assurant les premiers soins n'étaient sur place pour tenter d'augmenter les chances de survie des blessés. Les médecins de l'hôpital, déjà surchargés de travail, ne possédaient pas de véhicule pour se rendre sur place. Ici, on meurt pour une simple hémorragie artérielle qu'un simple garrot suffirait à juguler. En définitive, n'arrivent à l'hôpital que ceux qui ont pu s'y rendre eux-même ou transportés par des amis ou des parents.

Blessés très graves, choqués, comateux, touchés souvent quelques jours auparavant et n'ayant rien mangé depuis des jours, viennent chercher une guérison miraculeuse.

B.- ORGANISATION

- 1)-HOPITAL D'AWO-OMAMA. (Docteur RECAMIER, Médecin-Chef)
- Hôpital de 200 lits, traitant 400 malades, (essentiellement blessés de guerre).
 - 1 bloc opératoire avec 3 tables. Stérilisation, électricité fournie par un groupe électrogène (15 à 20 interventions par jour).
 - 1 banque de sang.
 - 1 consultation externe de Médecine Générale (Docteur KOUCHNER). 150 consultations par jour.

Equipe chirurgicale :

- Docteur RECAMIER : Chirurgien
- " OKOIE (BIAFRA) : Chirurgien
- " HERNANDEZ (GUATEMALA) : Chirurgien
- " Christiane MAROT : Chirurgien
- " KOUCHNER : Chirurgien
- " MIGNEN : Anesthésiste-Réanimateur
- " VALAS : Anesthésiste-Réanimateur
- " DULAC : Etudiant en Médecine
- " BERNAUDIN : Etudiant en Médecine
- Monsieur DEIMER (SUISSE) : Infirmier-Anesthésiste
- 30 Infirmiers BIAFRAISES

2)-CAMP DE REFUGIES :

Docteur BERNAUDIN

" DIGEON

Monsieur Jacques GZENGEL (C.R.F.)

- Et un personnel de la Croix Rouge Biafraise.

3)-CENTRE Médico-Social et Nutritionnel d'EZENE HIHITTE :

Docteur LACRONIQUE : Pédiatre

" DIGEON

Monsieur DRIOT : Infirmier de la Croix Rouge française

Ce Centre comprend :

a)-1 Centre de KWASHIORKOR (45 hospitalisés):

2 Infirmières

2 Aides-Soignantes

8 Auxiliaires

1000 enfants nourris et traités par jour.

b)-1 Maternité ;

Sages-Femmes biafraises

30 hospitalisés, 2 accouchements par semaine.

c)-Consultation externe d'enfants, 2 fois par semaine :

250 à 400 consultants par 24 heures.

d)-1 Centre de distribution de nourriture (Docteur DIGEON)

réparti en 12 Centres nutritionnels

60 à 80.000 rations par 24 heures.

4)-CENTRE Médico-Social de SANTANA :

Docteur GRELETY-BOSVIEL

Monsieur DESCHARTES . : Infirmier de la Croix Rouge française

Mademoiselle NEUENSCHLANDER (SUISSE) : Infirmière

Father SIMONS (HOLLANDE, CARITAS)

Ce Centre comprend :

- a)-1 Hôpital : 130 malades (KWASHIORKOR)
- b)-Consultation externe : 700 consultants par jour
- c)-Feeding-Center : 2.200 rations par 24 heures
- d)-Banque de sang
- e)-Laboratoire : (SG Malaria ; NFS)

Plus de 2.000 enfants traités en 2 mois.

REPARTITION DEMOGRAPHIQUE AU BIAFRA

- 8 à 9 millions d'habitants sur un territoire de 10.000 km²
Soit : 1.000 habitants par Km²
- 5 millions de personnes déplacées
- 2 millions recueillis dans leur famille, chez leurs amis
- 2 millions ½ d'enfants de moins de 12 ans
- 3 millions de réfugiés dans les camps dont la grande majorité n'est jamais visitée

Il y a 7 millions ½ de gens à secourir dont plus de la moitié nécessite une aide d'urgence.

Les 3 organisations amènent 150 tonnes de vivres par jour

- Croix Rouge : 100 tonnes
- Caritas : 50 tonnes
- World Council of Churches

En septembre et octobre 1968, 900.000 personnes ont été secourues.

Le C.I.C.R. avait un personnel de 120 membres au Biafra,

réparti en 14 nationalités.

Les vivres apportées par la Croix Rouge consistent en :

- Stocks-Fish
- Lait en poudre
- Corn-Meal

Ration quotidienne distribuée par personne secourue :

- a)- 40 à 100gr. de protéines par 24 heures, sous forme de stock-fish, lait en poudre, Corn-meal.
- b)- Sel en poudre : 1 poignée par personne

Cette ration est mélangée avec les produits de ressources locales : Ignames, Garri, Manioc.

En septembre, octobre 1968, les ressources locales (Igname, Garri, Manioc, produits d'élevage) étaient déjà en quantité insuffisante pour nourrir l'ensemble de la population dont plus de la moitié nécessite des secours d'urgence.

6 A 10.000 MORTS DE FAIM PAR JOUR

A partir de la saison sèche (débutant en novembre), les ressources sont pratiquement complètement épuisées, une famine très grave menace la population.

réparti en 14 nationalités.

Les vivres apportées par la Croix Rouge consistent en :

- Stocks-Fish
- Lait en poudre
- Corn-Meal

Ration quotidienne distribuée par personne secourue :

- a)- 40 à 100gr. de protéines par 24 heures, sous forme de stock-fish, lait en poudre, Corn-meal.
- b)- Sel en poudre : 1 poignée par personne

Cette ration est mélangée avec les produits de ressources locales : Ignames, Garri, Manioc.

En septembre, octobre 1968, les ressources locales (Igname, Garri, Manioc, produits d'élevage) étaient déjà en quantité insuffisante pour nourrir l'ensemble de la population dont plus de la moitié nécessite des secours d'urgence.

6 A 10.000 MORTS DE FAIM PAR JOUR

A partir de la saison sèche (débutant en novembre), les ressources sont pratiquement complètement épuisées, une famine très grave menace la population.

C)- ANESTHESIE - REANIMATION

L'Anesthésie nous a souvent posé des problèmes très délicats. Comme nous l'avons vu précédemment, nous recevions des blessés graves, atteints parfois plusieurs jours auparavant. Par ailleurs, en raison de l'affluence, nous avons été trop souvent obligés de prendre des "risques" anesthésiques qui, heureusement, ne se voient que dans ce contexte et que beaucoup de médecins ont déjà connu.

PRINCIPALES METHODES UTILISEES

1°- ANESTHESIE REGIONALE :

Les deux principales méthodes de ce type (Bloc Plexique, Rachianesthésie) présentaient de nombreux avantages :

- En ce qui concerne notamment le Bloc Plexique, cette méthode ne nécessite qu'un seul opérateur qui peut lui-même en prolonger l'effet en cas de nécessité. Cette éventualité peut se présenter dans n'importe quel conflit armé où le manque de médecins est très fréquent.

- Ces méthodes permettent de pratiquer des interventions de courte durée (extraction de balles, lavage des plaies, réduction de fractures.

- Enfin, elles permettent de traiter un blessé grave dont l'état général interdit l'anesthésie générale qui pourrait être fatale.

Ces méthodes nécessitent de prendre un certain nombre de précautions qui garantissent ainsi un maximum d'efficacité :

- Il faut toujours pratiquer une Prémédication en associant, pour notre part :

1. Dolosal, avant de traiter le blessé (souvent pratiqué

 bien avant l'intervention, car ce type de blessé attendait
 souvent plusieurs heures et parfois même 24 heures).

Du Valium (10 mg.) en IM, très efficace sur les africains

 (nous y reviendrons par la suite).

- Un matériel d'Intubation et de ventilation est toujours prévu.
 - Une Perfusion est systématiquement mise en place.
 - L'Aseptie est rigoureuse : préparation d'un large champ opératoire par badigeonnage à l'alcool iodé, et port de gants stériles.
- (ces précautions sont impératives)

ANESTHESIE DU MEMBRE SUPERIEUR

La technique utilisée pour obtenir le Bloc Plexique était essentiellement l'abord du plexus brachial par voie sus claviculaire.

- Malade en Decubitus dorsal.
- Tête tournée du côté opposé à l'infiltration.
- Celle-ci se fait à un travers de doigt au dessus du milieu de la clavicule, en déprimant fortement la peau à ce niveau, on perçoit le plan dur que constitue la face supérieure de la clavicule : c'est à ce niveau que l'on pique en enfonçant lentement l'aiguille (longue et fine), la dirigeant en bas, en arrière, en dedans pendant un trajet de 0,5 à 2 cm., jusqu'au contact de la côte.
- Le malade doit percevoir une sensation de fourmillement ou de picotement ; si cet effet n'est pas obtenu, il faut imprimer à l'aiguille quelques mouvements pour l'obtenir.
- Il faut toujours s'assurer à la seringue que l'on ne touche pas un vaisseau, puis on injecte 20 ml. de Novocaïne 2% en imprimant à l'aiguille quelques mouvements de latéralité.

L'anesthésie est en général obtenue en 1/4 d'heure environ ; on observe parfois le syndrome de Claude Bernard Horner. L'effet dure 1/2 heure à 3/4 d'heure.

L'aiguille doit toujours être laissée en place, afin de permettre à l'opérateur de prolonger lui-même l'effet anesthésique (il disposera donc d'une seringue de Novocaïne pleine sur la table). Sur quinze interventions pratiquées ainsi sur le membre supérieur, on pouvait compter :

- 8 extractions de balle au niveau du bras.
- 1 réduction de fracture de Pouteau-Colles.
- 2 amputations de doigts.
- 1 plastie d'un tendon extenseur de doigts

Nous n'avons jamais eu de complications, tant locales (blessures du dôme plural, figure nerveuse), que générales.

Et dans l'éventualité où celles-ci seraient survenues, ces complications, dans un contexte de guerre, doivent être considérées comme négligeables chez ces blessés que l'on doit opérer rapidement.

ANESTHESIE DES MEMBRES INFERIEURS - RACHIANESTHESIE

Nous l'avons essentiellement utilisée pour des blessures aux membres inférieurs et pour quelques interventions périnéales.

- La technique utilisée est identique à celle de la Ponction Lombaire.
- On retire 5 cc. de liquide cephalo-rachidien que l'on mélange dans la seringue avec 5 ml. de Novocaïne à 2% et on réinjecte le tout ; l'effet est obtenu en un 1/4 d'heure pour une durée de 3/4 d'heure.

Après l'intervention, on prendra les mêmes précautions que

pour une PL afin d'éviter les accidents.

Nous avons pratiqué une vingtaine de Rachianesthésie sans complications

- La plupart pour procéder à des extractions de balles et des lavages de plaies.
- 2 pour plaies du Scrotum.
- 1 pour Hernie inguinale gauche.

Cependant, la Rachianesthésie présente un inconvénient majeur en pratique de guerre : en effet, elle nécessite des manipulations du malade incompatibles avec ses blessures et son état général.

Ainsi, ces deux types de méthodes ont pu nous rendre des services très appréciables, au prix d'une technique somme toute assez simple.

2°- ANESTHESIE GENERALE

Matériel utilisé :

.....

Nous avons constitué une trousse complète d'anesthésie, afin de pouvoir opérer en Brousse.

Cette trousse contenait :

- 1 Laryngoscope à 3 lames.
 - 1 appareil à ventilation RANIMA-PESTY, que nous recommandons particulièrement pour ce genre d'opération.
 - 1 vaporisateur pour l'anesthésie locale.
 - 5 canules d'intubation.
 - 1 petit aspirateur à main.
 - Alcool, seringues, compresses, ect ...
 - Une certaine quantité de drogues anesthésiques habituelles.
- L'ensemble ne pesait que 5 kg. et permettait une autonomie de

50 interventions ; nous avons pu en vérifier l'efficacité.

Matériel utilisé à l'hôpital :
.....

Nous ne disposions d'aucun appareil électrique (l'électricité, fournie par un groupe électrogène, était réservée aux scyalitiques).

- Il n'y avait pas de NO₂.

- Peu d'oxygène.

- 1 vaporisateur à Fluothane pouvant se brancher en circuit
.....
avec le Ranima-Pesty.

Banque du sang :
.....

L'approvisionnement de celle-ci nous a toujours posé de gros problèmes. Le sang est conservé dans un frigidaire fonctionnant au Kerosène.

La collecte du sang a lieu en Brousse une fois par semaine : on prélève essentiellement sur les soldats (en général, bien portants) et sur les rares civils en bon état général ; ce sont les Pères Blancs qui se chargent de réunir les donneurs. On délivre une carte de donneurs afin de pouvoir faire appel à eux en cas de besoin. En fait, chaque collecte permettait de ramener au maximum une trentaine de flacons, mais nous ne pouvions en faire plus souvent, faute de temps et de personnel.

Le groupe de chaque flacon était contrôlé au moment de son prélèvement et de son utilisation, de sorte que nous n'avons pas eu d'accidents de groupe. Par contre, le manque de sang était la plus fréquente cause des décès que nous avions.

La technique de l'anesthésie générale était toujours simple et standardisée pour deux raisons :

1°- Parce que nous disposions de peu de drogues, sauf à la

fin de la Mission.

2°- Parce qu'il était nécessaire de pouvoir instruire rapidement le personnel hospitalier biafrais afin de pouvoir surveiller les anesthésie simultanément comme c'était souvent le cas.

3°- PREMEDICATION

Le problème de la prémédication de la veille ne se posait pas : aucun planing ne pouvant être envisagé.

Un élément très important de l'efficacité de celle-ci mérite d'être signalé : des blessés, en particulier les soldats qui avaient combattu de long mois dans les conditions psychologique que l'on peut imaginer (les Nigériens ne faisant pas de prisonniers), étaient très traumatisés, de sorte que leur arrivée à l'hôpital avait un effet sédatif appréciable ; la confiance qu'ils nous accordaient en faisait des patients parfaits.

- Prémédication standart pratiquée 1/2 heure avant l'intervention.

1/2 Phenergan + 1/2 Atropine + 1 Dolosal

Prémédication très efficace chez ces blessés africains.

- Anesthésie :

INDUCTION Pentothal (2,5%) en une seule injection lente, jusqu'à la dose utile,

Puis Midarine 25/mg. (curarisant de fabrication allemande à durée d'action courte : 5 minutes).

INTUBATION Toujours après anesthésie locale et Midarine

La vacuité stomacale n'était pas toujours certaine chez ces blessés (bon nombre avaient mangé en arrivant à l'hôpital). De sorte que chez les sujets "suspects", nous pratiquions l'intubation sous prémédication et anesthésie locale sans trop de difficulté.

- Entretien :

Au Penthotal (2,5%) en dose fractionnée, à la demande : "Le malade bouge".

Appoint au Fluothane.

Peu d'oxygène.

Il n'y avait peu de NO₂ (les doses utilisées de penthotal étaient la moitié, voir le quart des doses utilisées en Europe).

Sans doute parce que ces malades étaient souvent choqués et mais aussi peut-être parce qu'ils semblent plus sensibles que les Européens, nous n'avons jamais eu de problème d'interférence médicamenteuse.

Les malades n'étaient pas curarisés, même en cas d'intervention digestive, pour des raisons de surveillance. Ils respiraient spontanément l'air ambiant. L'utilisation de l'oxygène était rare car nous en avions fort peu.

L'Anesthésie était facile à obtenir, et nous avons des difficultés, essentiellement avec des malades dont l'interrogatoire révélait qu'ils absorbaient régulièrement du vin de palme ou de la noix de kola, drogue excitante et prise couramment par les cas qui se sont révélés suspects.

4°- REANIMATION PREOPERATOIRE :

Le matin, nous recevions les soldats blessés au Front, à la reprise des combats (on ne se bat pas la nuit). L'après-midi,

c'était le cortège des victimes civiles des bombardements.

C'est donc dans un climat d'affolement que nous devions travailler.

Aucun moyen d'évacuation n'étant prévu, n'arrivaient à l'hôpital que ceux qui avaient pu s'y rendre par eux-même, ou transportés par leurs parents ou amis. Il y a donc une sélection de fait très sévère.

Nous étions très vite débordés par ces nombreux arrivages ; aussi, systématiquement, tous les blessés recevaient à l'arrivée un Dolosal, une perfusion de Glucoséise. Certains de ces blessés pouvaient attendre ainsi plusieurs heures avant d'être traités (souvent étendus à même le macadam).

Les Radiographies étaient demandées et nous pouvions commencer à faire la sélection avec, dans l'ordre des urgences :

- 1) les Syndromes d'hémorragies internes.
- 2) Les blessés de l'abdomen.
- 3) Les thoraciques.
- 4) Les blessures des membres et les fractures.
- 5) Les Traumas divers.

Le sang était rare et, bien entendu, donné en priorité aux plus gravement atteints et qui avaient le plus de chance de survivre. Le choix était particulièrement difficile, non pas tant lorsque nous nous trouvions devant un Syndrome de Collapseis par défécation sanguine : le SG était ici aisé :

- Heures de la blessure (récente).
- Etat général, refroidissement des extrémités.
- Chiffre tensionnel bas, avec différentiels pincés et Tachycardie.

Plus difficile était le choix lorsque nous nous trouvions devant une blessure plus ancienne, devant un tableau de "choc" (parfois majoré par l'état de dénutrition).

- Prostration.
- Aspect grisâtre.
- Chiffre tensionnel bas.

De plus nous connaissions l'impossibilité de porter un pronostic sur la simple clinique (car nous n'avions pas de laboratoire), le Diagnostic de Choc Irréversible ne pouvant être affirmé qu'en cas de décès. Aussi, pour ce deuxième type de malade, nous utilisons des solutions Macromoléculaires Drextran et de Glucose pour déflation sanguine dont le diagnostic était alors impossible. Nous ne pratiquons pas d'Oxygénothérapie, du fait de la pauvreté de nos réserves. Nous n'avions pas de Mannitol au début pour prévoir les éventuelles complications rénales post-traumatiques.

Nous prenions plusieurs voies : d'abord veineuses, mais si les veines étaient volumineuses, leur paroi était très minces et dans de nombreux cas, celles-ci lachaient. Nous étions donc obligé, assez souvent, de recourir à la dénudation pour conserver une voie de perfusion suffisamment importante.

Enfin, nous n'avons jamais eu le temps matériel de pratiquer le Déchocage, par levée du Vasospasme en combinant Perfusion et Neurologie.

5°- REANIMATION PER-OPERATOIRE :

En tenant compte des conditions dans lesquelles nous devons travailler, les problèmes de réanimation que nous avons eu en cours d'intervention se sont essentiellement posés chez les malades insuffisamment réanimés avant l'anesthésie. Et lorsque les normes de

sécurité pouvaient être respectée nous n'avons jamais eu d'accidents. Ces accidents étaient essentiellement des chutes de tension aisément contrôlables. Les autres, le plus souvent fatals, survenaient chez des malades dont nous n'avions jamais pu contrôler les déperditions sanguines et chez qui nous ne pouvions faire d'Oxygénothérapie, Par manque d'oxygène.

Sur 7 arrêts cardiaques :

- a) L'un est survenu à l'induction et a été mortel.
- b) 2 ont pu être contrôlés après un arrêt d'une minute, par massage cardiaque externe.
- c) 3 ont été fatals, même après une thoracotomie.
- d) 1'un est reparti après massage interne ; le malade est hélas décédé après l'intervention.

6°- REANIMATION POST-OPERATOIRE :

Celle-ci nous a également posé de nombreux problèmes pour plusieurs raisons :

Nous ne disposions pas de laboratoire.

La mise en place de perfusions était souvent vouée à l'échec.

Nous avons vu le problème de la conservation des veines, même en cas de dénudation.

- Les Tubulures se bouchaient.
- les malades arrachaient souvent leur perfusion.
- Les infirmières elles-même les arrêtaient au cours de la nuit et comme nous n'avions pas toujours le temps d'effectuer des visites, le contrôle était très difficile : ce n'est qu'après un certain temps que nous avons obtenu une meilleurs surveillance.

Les aspirations digestives, les sondes urinaires étaient mal tolérées, ce qui rendait les bilans difficiles à établir.

Aussi, bien souvent chez ces malades plus résistants en moyenne que les Européens, habitués à ne pas s'alimenter régulièrement, nous préférons parfois ne rien faire en attendant de les voir se remettre spontanément à s'alimenter (comme ils ne manquaient pas de le faire dès qu'ils le pouvaient).

RESULTATS :

Dans le cadre de l'anesthésie proprement dite, les résultats ont été très encourageant, compte tenu des conditions parfois assez sommaires dans lesquelles nous travaillions.

Sur environ 200 blessés traités en 18 jours que nous avons pu approximativement recenser, nous avons compté :

- Assez peu de décès en pré-opératoire.
- De très rares accidents per-opératoires.
- Des décès post-opératoires plus nombreux et dont la plupart des cas présentaient dès leur arrivée à l'hôpital un état qui dépassait largement nos possibilités de traitement : notamment en cas d'accidents rénaux post traumatiques, nous étions dans l'impossibilité de pratiquer la moindre dialyse peritoneale.

Nous terminerons cet exposé en mentionnant les très nombreux pansements graves (peut-être 600 en 20 jours) que nous faisons systématiquement sous Valium (10 mg.) et Dolosal (1 A.).

D)- ENFANTS

Organisation et fonctionnement des centres de KWASHIORKOR.

Le Centre Médico-Social et Nutritionnel d'Hezene-Hittivo devait assurer des soins et la distribution des vivres à une population de 60 000 réfugiés (pour 2 médecins).

Les critères d'hospitalisation étaient donc très sévères. Il a même fallu faire évacuer l'hôpital, de nombreux malades dénutris dont l'état nécessitait un traitement en milieu hospitalier.

Ont été essentiellement hospitalisés des enfants :

- de moins de 10 ans.
- et seuls, ceux qui présentaient un état général grave.

A PROPOS DE 3 000 CAS OBSERVES AU BIAFRA :

Signes, Evolution et traitement du KWASHIORKOR.

KWASHIORKOR HUMIDE : Le plus fréquent, 65 à 70% des cas. Il peut survenir de la naissance à l'âge adulte.

- Le début est progressif : 2 à 3 mois après le début de la malnutrition apparaissent les premières manifestations :

les signes les plus précoces, constants, sont :

- l'asthénie, physique, psychique.
- l'AMAIGRISSEMENT, très rapidement important.

La survenue des oedèmes marque un tournant dans l'histoire de la maladie, et tandis qu'apparaissent les premiers signes digestifs à type d'anorexie sans intolérance gastrique, des diarrhées profuses, le tableau s'aggrave très rapidement.

- A la phase d'état :

Le diagnostic est évident devant cet enfant apathique, dont le masque tragique exprime toute sa souffrance :

yeux hagards, paupières bouffies, cheveux blancs et soyeux, aspect décharné du thorax et des membres supérieurs contrastant avec le reste du corps gonflé d'oedème.

- l'ABDOMEN est ballonné par une volumineuse ASCITE pouvant déplier l'ombilic.

- l'HEPATOMEGALIE est constante, importante, lisse, régulière, douloureuse à la pression, sans réflexes, sans circulation collatérale ; Il n'y a pas de SPLENOMEGALIE.

Les OEDEMES sont impressionnants, caractéristiques au niveau des paupières : mous, prenant le godet, indolores, généralisés, bilatéraux.

Ils masquent :

- l'AMAIGRISSEMENT souvent visible au thorax et aux membres supérieurs.

- AMYOTROPHIE globale avec douleurs musculaires.

- Rétraction tendineuse parfois entraînant une impotence fonctionnelle quasi absolue.

- l'ANEMIE est très nette, avec pâleur marbrée des téguments et décoloration des muqueuses.

- l'ASTHENIE est très importante, physique, psychique.

- ALTERATION des téguments et des phanères, la peau est froissée, crevassée, couverte d'éléments prestuliformes, l'ensemble constituant le "KRO-KRO".

Il existe des éléments rappelant la galle, sans parasite, appelés "scabius". De très nombreuses lésions de grattage, surinfectées,

aggravées par l'infection des points d'incision cutanées que pratique de place en place les mères Ibos pour "évacuer" les oedèmes.

Les cheveux sont blancs, soyeux, s'arrachant en touffes.

LES SIGNES DIGESTIFS :

L'ANOREXIE est constante mais pas totale.

Les diarrhées sont profuses, sanglantes, s'accompagnant parfois de vomissements sanguinolants.

Les URINES SONT RARES.

Il existe une hypotension,
une hypothermie.

EVOLUTION . PARADOXALEMENT ces enfants qui présentent l'un des aspects les plus graves de K, continuent à s'alimenter avec ce qu'ils trouvent. Leur aspect impressionnant, pitoyable, incite l'entourage dont l'esprit de solidarité est très développé au Biafra à les nourrir, allégeant le temps d'évolution de la maladie.

- SANS TRAITEMENT, le tableau s'aggrave progressivement, l'hypothermie s'accroît, les oedèmes s'étendent, l'anémie s'installe et la mort survient rapidement.

- SOUS TRAITEMENT, la réponse est spectaculairement rapide : après une débâcle urinaire, la diurèse reprend, les oedèmes fondent. L'enfant va mieux, recommence à jouer, à s'intéresser à l'entourage ; une amélioration sensible est obtenue en 15 jours avec un minimum de séquelles.

Les téguments et les cheveux reprennent leurs aspects normaux en 1 mois.

KWASHIORKOR SEC - 30% des cas : se rapproche du syndrome de

Buckenwald :

- 1)- aspect squelettique caractéristique.
- 2)- amyotrophie globale avec rétraction tendineuse.
- 3)- impotence fonctionnelle absolue,
- 4)- anémie importante,
- 5)- troubles digestifs très grands avec syndrome dysentérieforme entraînant une déshydratation globale.

Paradoxalement les phanères sont plus rarement altérés.

EVOLUTION : sans traitement l'évolution est rapidement mortelle dans un tableau de cachexie aigue. Sous traitement, l'évolution est très favorable.

KWASHIORKOR dit inapparent : moins de 5%

Il risque de passer inaperçu, du moins au début car l'enfant présente un aspect presque normal.

Le tableau est une association des 2 précédents mais quelques éléments l'individualisent :

- 1)- pâleur impressionnante.
- 2)- hypothermie pouvant descendre à 38°.
- 3)- hypotension avec un maximum à 8.

L'évolution sans traitement est imprévisible, très rapidement mortelle dans un tableau d'asthénie aigue.

C'est la forme la plus rebelle au traitement.

Il n'est pas exclu que dans ces formes, toutes d'examen complémentaires, nous n'ayons pu diagnostiquer une association morbide, responsable de l'évolution rapide et irréversible.

ASSOCIATION : systématiquement tous les Kwashiorkor sont associés avec 3 syndromes, responsables de l'anémie et dont il faudra tenir compte dans l'établissement de la thérapeutique.

1)- Ankylostomiase :

2)- Malaria : se manifeste par : fébricule, arthralgie, daphalées.

Tous les malades sont impaludés de façon chronique et le paludisme se décompose du fait de leur état général.

3)- Malabsorption : en rapport avec une alimentation complètement déséquilibrée : sans protéines, sans acide, sans vitamine.

Cette malabsorption est aggravée par les vomissements et la diarrhée.

LA TUBERCULOSE :

Aucune épreuve cutanée tuberculique n'a pu être pratiquée au Biafra. Sur 3 cas de méningite, le diagnostic de tuberculose suspecté sur l'aspect clair du liquide céphalo rachidien, sans preuve bactériologique sauf pour 1 cas adressé au Queen's Elisabeth Hospital d'Umuahia.

Il en a été de même en ce qui concerne de nombreux cas d'ascite.

Mais contrairement à l'idée répandue, la tuberculose n'est pas un fléau au Biafra car, avant la guerre, un grand nombre d'enfants ont reçus le B.C.G., systématiquement à la naissance (ce fait a été confirmé par les I.D.R. à 10 u pratiqué sur les enfants évacués au Gabon : sur 250 enfants, 3 cuti ont évolué.

Les radios n'ont pas montré de lésions pulmonaires de type tuberculeux.

LES MALADIES DE L'ENFANCE :

Il n'y a pas eu d'épidémies.

LES MALADIES PARASITAIRES :

- des nématodes.
- toenia
- peu de bilharzioses
- pas de tripanosomes.

Les examens de laboratoire pratiqués au Gabon ont donné :

N.F.S. } G.R. : 700 000 à 1 600 000
 } G.B. : 2 000 à 3 000
 } réticulocytose post-transfusion

- goutte épaisse 60% (+)
- très bas jusqu'à 15

glycémie

- urée : subnormale
- U.S. = normale
- Radios des poumons = R.A.S.

cardiomégalie

tests hépatiques pratiqués à la 3ème semaine du traitement, normaux

E.C.G. { troubles de la conduction
 " de la repolarisation
 - des blocs de branches
 - coeur à axe droit
 { signes électriques réversibles

Traitement :

Il eut été facile et tentant de standardiser le traitement, ceci a été évité pour empêcher le gaspillage d'où l'établissement par leur docteur Lacronique d'une fiche de traitement à choix multiple avec possibilité d'établir une thérapeutique plus complète, plus efficace, adaptée à chaque cas.

A - Vitaminiothérapie :

Vit. A (perles kérakinisées et Vit. D = 8 000 24 h.

Vit. B₁ B₁₂ B₆ B₁₂ : 2 c. par jour

XXX acide / polique = 10 mg en 24 h. (parfois suffisant pour
arrêter les diarrhées).

B - Protéinothérapie en fait peu efficace :

- comprimés superprotéine de l'UNICEF.

- hyperprotidine.

C - ANTIbiothérapie systématique :

Péni : 1 par 24 h.

Madribon : (très efficace)

1 c. le 1er jour, puis 1/2 c. les 4 jours suivants.

Triple-sulfonamide :

4 à 6 comprimés pour 24 h. pendant 4 jours.

Sultirène, (pour les nourrissons)

2 cuillerées à café 2 fois par jour.

D - anti-malaria : Nivoquine.

E - anti-anémie : sulfate ferreux.

Les perfusions ont posé de difficiles problèmes de mise en place :
prises de jugulaire et d'épicrâniennes.

- glucosé iso : 1,5 1/24 h. : 2 à 3 fois { U.V. solubles
par semaine { A.B.
sel 3 g. cv K

Plasma : 50 ml à 25% une fois par semaine

Sang : la banque fonctionnait remarquablement bien :

2 à 300 ml chez les grands enfants tous les 3 jours.

100 ml chez le plus jeunes.

jusqu'à réparation apparente de l'anémie.

Indication : schématiquement

K humide : pas de perfusion en dehors du sang **A'B** ++++

K sec perfusions

Résultat :

Sur 3 000 cas visités en 2 mois : 100 décès.

Les résultats ont été analogues à SANTANA (Biafra) avec 2 000 enfants, et à Libreville : 50 décès sur 1 200 enfants.

Il y a 2 millions 1/2 d'enfants au Biafra : 300 000 souffrent du Kwashiorkor.

La survenue de la saison sèche avec épuisement de toutes les réserves locales va entraîner un état de famine aigüe, dans une population de 8 millions 1/2 d'habitants où plus de la moitié déjà nécessite des soins d'urgence.

E)- LES REFUGIES :

En tenant compte de leurs conditions matérielles, il faut distinguer trois catégories dans la population du Biafra.

- Les premiers sont les habitants des territoires encore libres (4 à 5 millions environ) : ce sont eux qui souffrent le moins du blocus économique car ils possèdent encore des ressources locales, Garri, Ignames, produits d'élevage. Par ailleurs, n'ayant pas vraiment connu les massacres, ceux sont aussi les moins traumatisés.

- Les seconds sont ceux qui sont restés dans les territoires occupés par les troupes fédérales (au nombre de 2 à 3 million environ). On est pratiquement certain qu'ils sont dans un état de très grande détresse, mais on ne sait pas vraiment ce qu'ils sont devenus.

- Les derniers, enfin, les plus nombreux (5 à 6 millions), sont ceux qui ont fui à l'approche des troupes fédérales. Certains ont été recueillis dans leurs familles de l'enclave libre, d'autres sont dans des camps de regroupement, d'autres enfin, les plus malheureux errent sur les routes, au gré des offensives et contre-offensives. Ceux sont ceux qui ont le plus souffert, ayant le plus souvent tout perdu : leurs biens , leur famille.

Ainsi donc, dès la fin de 1966, 2 millions d'Ibos, échappant aux massacres dans le nord, ont rejoint le Nigéria oriental ; les grandes villes ont été également prises, si bien que la moitié de la population du Biafra est constituée de personnes déplacées.

Les réfugiés dans les camps :

Les camps sont placés sous l'autorité de la Commission de

Réhabilitation, qui fait le recensement, note les besoins, les possibilités ; de plus, lorsqu'un territoire est repris, on renvoie les réfugiés originaires dans ce territoire.

Les camps ont une administration très stricte :

- 1) d'un côté le représentant des réfugiés.
- 2) de l'autre, mis en place par le gouvernement :
 - le Directeur du camp et ses adjoints.
 - des travailleurs volontaires, placés sous leurs ordres pour effectuer les gros travaux.
- 3) La Croix-Rouge biafraise essaye de mettre à la disposition de chaque camp :
 - 1 ou 2 infirmiers.
 - des membres de la Croix-Rouge biafraise (collégiens et scouts).

Ces camps sont aménagés dans des écoles et des églises désaffectées. Leur densité est telle, la dissémination des objectifs militaires de ces camps est si importante, que lors des bombardements, les victimes civiles sont très nombreuses.

Le nombre de ces camps est difficile à connaître exactement ;

- Fin Août, début septembre : 128 camps
- Le 11 septembre : 30 camps de plus.

Le nombre de réfugiés : il est variable selon les camps, selon les locaux et la proximité d'un axe routier.

Toujours dans la région d'Umuahia :

le plus grand compte 1500 réfugiés (RCM and Methodist School Bende)

Le plus petit en compte 17 (Holy Rosary School Mokoro)

Le chiffre moyen oscille entre 400 et 700 réfugiés par camp.

L'aspect de ces camps, sans vouloir fatter la fibre sadique des lecteurs, est franchement horrible.

- un auteur comparait ces sols de classe en béton nu où tous s'entassaient souvent sans vêtements au "maredero municipal" de Buenos-Airs.
- Le "spectacle" était surtout insupportable au camp d'Oborro (où la majorité des photos d'enfants ont été faites).

Il s'agissait d'un camp pour orphelins (3 à 5 morts de faim par jour) relativement petit (500 enfants) mais où ils étaient si faibles que parfois, en se chauffant près du feu, ~~ils tombaient dans le~~ foyer et ne pouvaient ou ne voulaient se relever, si grande était leur apathie.

- 200 000 personnes sont mortes de faim au Biafra en octobre 1968 ; Les chiffres sont éloquentes, en effet les autres causes de mort, en dehors de celles dues à des faits de guerre, sont rares : il n'y a pas de grandes épidémies, l'état sanitaire du pays est maintenu dans les limites du possible, mais 80% de toute la population souffre de malnutrition et 30% des enfants sont dans un état critique.

Afin de remédier à ce problème les organisations internationales, en accord avec le gouvernement biafrais, ont pris en charge du point de vue alimentaire et sanitaire 1 250 000 réfugiés.

- Les organisations CARITAS et WCC coopéraient directement avec la Croix Rouge biafraise.
- La C.I.C.R. réalisait ses distributions par lui-même.

La nourriture arrivant par l'aéroport était stockée dans un hangar dans Umuahia ; de là, tous les jours, je partais de 8 heures.

à 20 heures avec un camion plein et une Land-Rover vers les camps de réfugiés, parfois distants de plusieurs kilomètres (20 km).

Une fois arrivé dans le camp, je vérifiais le cahier avec le nombre d'entrées et de décès, au jour le jour. Je visitais les salles classe pour m'assurer que tous les nouveaux nés, particulièrement faibles, étaient inscrits à part sur une liste spéciale.

Puis, une fois les réfugiés mis en ligne ~~et un représentant de~~ chaque salle (ou famille) muni de sa bassine, je commençais à distribuer le poisson séché.: 1 pour 2 personnes (400 pour un sac), le sel (2 kg pour 100), de la poudre d'oeuf (10 kg pour 500), devaient être distribué par le Directeur du camp lui-même ; quant au lait ou aux flocons d'avoine, les infirmières et membres de la Croix-Rouge locale devaient le diluer dans de l'eau bouillante et distribuer une tasse matin et soir à chacun.

Les enfants, très faibles et les bébés dont la mère n'avait pas de lait, recevaient aussi du Gomplan, nourriture complète et hyperprotéidique.

Quant aux hydrates de carbone (Garri Yam), le gouvernement, par l'intermédiaire du Food Directorate, se chargeait, lorsqu'il le pouvait, de le livrer pour un mois : 25 Iframes - 1 sac de Garri pour 100 réfugiés.

Par cette méthode de centralisation forcée, très peu de camps étaient visités plusieurs fois de suite dans la semaine, car la plaque tournante était le stock de la capitale.

Fin septembre, le C.I.C.R. ~~mit en place~~ une nouvelle méthode :

La nourriture de l'aéroport était stockée dans de multiples points dans une aréa circulaire autour d'Umuahia ; chaque point ~~déser~~ servait peu de camps d'où la distribution pouvait être beaucoup

plus régulière et fréquente.

Mais cette distribution était toujours faite exclusivement par des membres du C.I.C.R. (peur du marché noir ?) ; l'idéal aurait été que les biafrais eux-même mettent en place leur système de distribution à son propre stock et que les organisations internationales ne soient qu'un maillon entre l'aéroport et les camps.

Comme nous l'avons vu, peu de réfugiés, même dans les camps, sont pris en charge par le gouvernement ou les organisations internationales ; aussi, ces camps de réfugiés non recensés que l'on trouve dans des écoles abandonnées, au cion d'un chemin de brousse, sont-ils dans les situations les plus dramatiques ...

Quant aux réfugiés dans les villages, en famille ou non, le problème peut-être résolu pour peu d'entre eux par l'ouverture de Centres de Nutrition. (cf exposé plus loin), pour la majorité la décision militaire sera une question de vie ou de mort et la seule solution étant que ces gens retournent dans leur pays libre et indépendant.

M. BERNARDIN

F.- PATHOLOGIE GENERALE

A l'hôpital d'AWO-OMAMA, une consultation externe journalière avait lieu, pour environ 150 patients par jour. Le médecin chargé de cette consultation était en outre chirurgien et devait s'occuper du Centre des enfants que l'équipe française de la Croix Rouge faisait fonctionner à SANTANA

Les consultants étaient des militaires et des civils. Certains avaient, pour venir à la consultation, à parcourir 10 km dans la Brousse. Il y avait très peu d'hospitalisations en raison du manque de place. Hélas, l'efficacité des traitements ambulatoire a été trop souvent difficile à contrôler ; c'est pourquoi cet exposé n'a pas de prétentions scientifiques : il faut tenir compte du travail considérable que nous avons à accomplir. Cet exposé permettra cependant d'établir l'inventaire des principales maladies rencontrées fréquemment au Biafra.

Pour faciliter le travail, des équipes seront amenées à nous remplacer.

Un petit laboratoire était à notre disposition et nous pouvions obtenir :

- des Numérations sanguines : GR.
GB.
eosinophiles.
- des glycémies.
- la recherche de parasites dans les selles.
- rechercher l'albumine.
- des radiographies standards (uniquement).

Parmi les maladies parasitaires :

Le Paludisme : Le Biafra est comme tous les autres pays d'Afrique noire, une zone d'endémie du paludisme.

80 consultants sur 150 venaient pour paludisme. Habituellement ils venaient plusieurs jours après un accès palustre diagnostiqué essentiellement sur l'interrogatoire au cours duquel nous retrouvions la notion :

- de céphalée.
- sueurs et frissons nocturnes.

L'expérience nous a montré que nombreux étaient ceux qui venaient consulter pour des Arthralgies diffuses, devaient être considérés comme étant des séquelles d'accès palustre et devaient être traités comme tels.

Par :

- NIVAQUINE (très efficace) 3 comprimés par jour pendant 4 jours, puis 2 comprimés les 4 jours suivants (hélas les stocks de Nivaquine étaient très limités), on utilisait donc plus souvent :

- CHLOROQUINE (moins efficace)

100 mg	{	per OS	en cas d'accès évident
	{	IM	

- KAMOQUINE (efficace) 2 c. par jour pendant 8 jours pour les cas les moins graves.

De nombreux malades, consultant pour des accès palustre, présentaient en plus :

- une Dyspnée avec toux
- des douleurs osseuses et articulaires

anémies, jusqu'à : 2 000 à 3 000 GR.

- On a découvert également de nombreuses HEPATOMEGALIES, SPLENOMEGALIES, sans avoir pu retrouver leurs étiologies.

- Il n'y a pas de TRYPANOSOMIASES.

La Tuberculose :

Aucunes épreuves cutanées tuberculiques n'ont pu être pratiquées, mais il est certain que la Tuberculose n'est pas un fléau au Biafra.

On a cependant retrouvé des lésions pulmonaires tuberculeuses sur des radiographies. Certains malades connaissaient leur tuberculose : il s'agissait de malades évacués des hôpitaux d'ABA et de OWERI, traités par le Rimifon, Strepto, PAS.

Avant la guerre, de nombreux enfants ont reçu systématiquement le BCG à la naissance. : c'est dire l'importance accordée à la médecine préventive dans ce pays.

Cardiopathies :

On a trouvé quelques cardiopathies de tout type, sans antécédents infectieux, sans éléments pouvant évoquer un RAA.

Syndromes renaux :

Diagnostique : l'existence d'oedèmes aux membres inférieurs, des urines rares, riches en albumine. Syndrome néphrotique sur la notion d'antécédents infectieux.

Polyomiélites : Il n'y a pas de polyomiélites.

Maladies vénériennes :

Quelques Blennorragies réagissant très bien aux AB dont nous disposons, à faibles doses :

- Penicilline.
- Streptomycine.
- Colinycine.
- Tetracydine.

CONCLUSIONS
=====

La Croix Rouge Internationale avait mis à notre disposition un matériel considérable.

Nous avons travaillé dans un hôpital fonctionnant admirablement, grâce au personnel biafrais, ainsi que sur le plan purement médical,

Nous pensons avoir effectué un travail d'une bonne qualité technique en raison des circonstances.

Ceci, surtout en Chirurgie, où de grosses interventions ont été pratiquées : Thoracotomie, Prothèse orthopédique, Prothèse vasculaire.

En ce qui concerne le KWASHIORKOR, à tous les stades de la maladie, grâce au traitement, le pronostic peut être favorable, mais, en fin de compte, l'expérience a été décevante étant donné l'ampleur de la catastrophe.

- 8 millions d'affamés ; 4 millions de réfugiés.
- 2 millions d'enfants de moins de 12 ans.
- 300 000 cas de KWASHIORKOR.
- Plusieurs centaines de blessés par jour.

L'apport du pont aérien a permis dans une certaine mesure de compenser le déficit en Protéïnes et en vitamines, mais, rapidement, le déficit en Hydrate de carbone est apparu car il était impossible d'y pourvoir avec un simple pont aérien.

Une famine grave et irréversible s'installe peu à peu, entraînant une situation d'urgence telle que même en période de paix, des

moyens considérables ne permettraient pas de la contrôler.

Nous avons surtout écrit cette thèse pour témoigner du Génocide, car, à travers toutes les explications que l'on a bien voulu donner sur les origines et sur l'évolution de ce drame, un fait demeure :

Le massacre de centaines de millions d'êtres humains, peut-être pas toujours voulu par les responsables de cette guerre, fait que tous les témoins : journalistes, pilotes, diplomates, médecins, affirment que tout est mis en oeuvre pour exterminer un peuple : par le moyen d'un blocus économique total appuyé par des bombardements d'objectifs civils (marchés, hôpitaux, églises, camps de réfugiés) ayant déjà fait 2 millions de morts en 20 mois et faisant 6 à 10 000 morts par jour.