

Institut Royal Colonial Belge

SECTION DES SCIENCES NATURELLES
ET MÉDICALES

Mémoires. — Collection in-8°.
Tome I, fascicule 2.

Koninklijk Belgisch Koloniaal Instituut

AFDEELING DER NATUUR-
EN GENEESKUNDIGE WETENSCHAPPEN

Verhandelingen — Verzameling
in-8°. — T. I, aflevering 2.

LA LÈPRE

dans la

Région de Wamba-Pawa

(Uele-Nepoko)

PAR LE

DOCTEUR A. DUBOIS

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE TROPICALE,
MEMBRE TITULAIRE DE L'INSTITUT ROYAL COLONIAL BELGE.



BRUXELLES

Librairie Falk fils,
GEORGES VAN CAMPENHOUT, Successeur,
22, Rue des Paroissiens, 22.

1932

LA LÈPRE

dans la

Région de Wamba-Pawa

(Uele-Nepoko)

PAR LE

DOCTEUR A. DUBOIS

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE TROPICALE,
MEMBRE TITULAIRE DE L'INSTITUT ROYAL COLONIAL BELGE.

Mémoire présenté à la séance du 16 avril 1932.

LA LÈPRE

DANS LA RÉGION DE WAMBA-PAWA

(UELE-NEPOKO)

CHAPITRE PREMIER.

INTRODUCTION.

Grâce à un subside de l'Institut Royal Colonial Belge, j'ai eu l'occasion de visiter la région de Wamba-Pawa, dans le but d'y étudier la lèpre. Mon voyage a comporté un séjour d'environ quatre mois et demi à la léproserie de Pawa (Croix-Rouge du Congo), avec des déplacements dans divers postes, villages et dispensaires de la région du Népoko.

Je tiens à remercier la Croix-Rouge du Congo, qui a facilité le plus possible mes études. Ma reconnaissance va en particulier au médecin inspecteur de la Croix-Rouge, le D^r Conzémus, qui a fondé et dirigé la formation depuis 1925 et qui a mis à mon service sa grande expérience et son influence locales; également au D^r Boldyreff, médecin de la formation de Pawa et à M. J. Ury, qui s'occupe spécialement de la léproserie et qui tous deux m'ont grandement facilité la tâche.

Assurément, les résultats résumés ci-après sont assez fragmentaires.

La léprologie est actuellement arrêtée au point de vue expérimental par l'absence d'animal sensible et l'impossibilité de la culture du germe. On ne s'étonnera pas que je

n'aie pas envisagé des études de ce genre en cette région du centre de l'Afrique, où les installations de laboratoire sont encore fort rudimentaires. La Croix-Rouge du Congo a surtout un but pratique : soigner et guérir des indigènes et non faire des recherches scientifiques; aussi les installations de laboratoire se réduisent-elles au nécessaire du diagnostic courant. Au surplus, de pareilles études exigeraient un temps dont je ne disposais point. La lèpre est, par ailleurs, une maladie d'une étude très difficile, spécialement parmi des indigènes primitifs. Chez ceux-ci, en effet, il ne faut guère compter sur l'anamnèse ni sur des détails subjectifs très précis.

Certains examens même, comme ceux de la sensibilité, sont particulièrement délicats faute d'attention, de compréhension et à cause aussi de la grande suggestibilité qui force à être très prudent dans le choix des questions à poser et des méthodes d'examen.

Un des objets de mon voyage était d'étudier la question encore douteuse des réactions à la tuberculine chez les lépreux. On trouvera plus loin les résultats recueillis à ce sujet et mes conclusions.

Je m'étais en outre proposé d'étudier les résultats thérapeutiques obtenus jusqu'ici à Pawà, par l'emploi des éthyl-éthers de Chaulmoogra.

Par contre, je n'ai pas voulu entreprendre une étude sur la répartition de la lèpre dans toute la région du Népoko. Pareille étude, en effet, pour être un tant soit peu précise, exigerait des mois de travail et ne ferait que confirmer un fait acquis : la grande fréquence de la maladie. D'autre part, elle ne présente d'utilité que si l'on est décidé à faire une campagne de prophylaxie très étendue contre la maladie. Je ne pense même pas qu'une campagne de prophylaxie exige absolument un recensement complet des lépreux. Il suffit qu'une exploration rapide du pays montre qu'il y en ait beaucoup et les endroits les plus appropriés pour y établir des formations sanitaires.

Dans ces conditions, l'ouverture de villages de lépreux, les résultats thérapeutiques, la possibilité plus largement offerte du traitement ambulatoire feront peu à peu apparaître la plupart des cas. C'est le système prôné aux Indes par une autorité comme Muir. (*Propaganda-Treatment-Survey.*)

NOTIONS GEOGRAPHIQUES.

La région de Wamba-Pawa (Uele-Népoko) appartient encore à la forêt centrale africaine, située pourtant à sa limite nord. Elle est arrosée par diverses rivières d'importance assez médiocre, la plus notable étant le Népoko, affluent de l'Ihuri. Si, à Wamba, la forêt est épaisse, elle tend à diminuer vers Pawa, elle devient plus basse et les savanes apparaissent. L'horizon plus découvert laisse voir de petites élévations de terrain, ordinairement non boisées.

L'ensemble du pays est à l'altitude moyenne de 700-800 mètres.

Le climat est humide, modérément chaud, les nuits sont ordinairement fraîches; la saison sèche s'étend de décembre à février, pendant environ trois mois, où du reste les pluies ne sont pas tout à fait absentes.

Le sol latéritique est assez fertile et l'indigène cultive abondamment la grande banane, un peu de riz, du manioc, des patates et des arachides. L'huile et le vin de palme sont abondants.

Depuis quelques années le coton est la culture économique principale, mal influencée du reste par la crise actuelle.

Le bétail n'existe pas, il y a tout au plus quelques chèvres et des poules. Le gibier est rare en région de forêt, vu la densité de la population. La pêche n'existe pratiquement pas.

Les indigènes appartiennent à diverses races : les unes soudanaises d'origine, les autres bantoues ou semi-ban-

tous : Mangbetu, Mayogo; à côté de cela en majorité Mabudu, Balcka; toutes se déforment le crâne selon la coutume mangbetu. Il existe en outre des pygmées et des métis de pygmées. L'ensemble de la population apparaît d'une robustesse moyenne, de caractère plutôt paisible, de culture encore fort primitive.

Le costume ancestral est quasi seul en usage : lambeau d'écorce battue, petit chapeau de vannerie, feuilles de bananier découpées pour les femmes.

Cette population est assez dense et estimée pour la région de Pawa et Wamba, où s'étend surtout l'activité de la Croix-Rouge, à plus de 300,000 habitants. Les maisons sont usuellement petites, basses et sombres, qu'elles soient en bambou comme chez les Mabudu ou encore en pisé comme dans d'autres sections du territoire.

Cette région, peuplée d'une population importante, est malheureusement ravagée par diverses endémies : pian, syphilis, blennorrhagie et, enfin, la lèpre. La tuberculose y est aussi assez fréquente.

L'ORGANISATION DE LA CROIX-ROUGE DU CONGO ET SA LEPROSERIE.

La Croix-Rouge du Congo se propose de combattre les maladies endémiques dans le milieu indigène en recourant au système des dispensaires et petites formations médicales répartis sur tout le territoire donné.

Actuellement la Croix-Rouge du Congo comprend un centre à Wamba avec hôpital (médecin), dispensaire, maternité (une infirmière accoucheuse) et dispensaires ruraux dirigés par deux agents sanitaires (Karume, Adamokoko, Befongwe, Obongone) ou des sœurs (Bafwabaka).

Il y a en outre un centre secondaire à Avakubi dont dépendent des dispensaires ruraux (Penge, route de Mam-basa, Bafwasende). Il existe à Avakubi un petit hôpital (dirigé par un agent sanitaire).

L'ensemble de cette formation de Wamba ne s'occupe pas activement de la lèpre. Non qu'elle manque, — elle est au contraire abondante autour de Wamba, — mais faute de crédits suffisants (le rapport de 1930 cite 613 cas).

La formation de Pawa comprend au centre de Pawa un hôpital pour blancs, un hôpital pour noirs, un dispensaire, une maternité. Le personnel comprend un médecin et une infirmière. De Pawa dépendent quatre dispensaires ruraux, visités hebdomadairement par le médecin (Ibambi, Babonde, Adrembali, Medge).

Il y a en outre des centres secondaires, dirigés par des agents sanitaires à Isiro (dispensaire ruraux à Tengu, Tongolo [actuellement supprimé], Niapu) et à Poko (dispensaires ruraux à Lengulu et Mawa). Ces deux centres disposent comme Avakubi d'un petit hôpital.

La formation de Pawa comprend aussi une léproserie, rattachée administrativement à Wamba, siège du médecin inspecteur.

La léproserie comprend un village indigène à Pawa même avec 156 cases en bambou, deux fosses fumantes, un hangar-chapelle, un dispensaire, un laboratoire. Les bâtiments sont en pisé. Des plantations assez importantes entourent le village. Malheureusement, les lépreux sont peu actifs et la charge des plantations incombe en grande partie aux travailleurs de la Croix-Rouge.

La léproserie de Pawa abrite environ 300 malades, beaucoup sont d'anciens traités, beaucoup ont des mutilations très graves, ce qui explique évidemment leur faible rendement agricole.

L'isolement n'est nullement rigoureux et les lépreux se déplacent assez bien. Outre ce poste central, deux autres villages de lépreux commencent à être mis en service à Egoba et à Bengwe, tous deux sur territoire d'Abiengama à 12 et 18 kilomètres de Pawa. A leur prochain achèvement ils comprendront un dispensaire et de quoi abriter environ 300 lépreux chacun. On peut espérer ainsi que les

lépreux de la chefferie Abiengama pourront être tous pris en traitement, tenant compte qu'on pourra mettre en traitement ambulatoire aux dispensaires les lépreux peu atteints et peu contagieux (nerveux peu mutilés, maculeux n'excrétant guère de bacilles). Signalons enfin que la Croix-Rouge a en construction un centre médical à Viadana. Une léproserie n'y est pas prévue. La diffusion de la lèpre dans cette région est du reste peu connue.

HISTORIQUE DE LA PROPHYLAXIE DANS LA REGION.

L'importance du foyer de lèpre du Népoko est connue de date assez ancienne. La première publication qui en fasse mention est un travail de Daniel (1), médecin du Gouvernement, qui étudia la maladie dans le pays et en remarqua la fréquence. Il estime la proportion moyenne de lépreux à 4 % de la population et propose la création de léproseries.

Ultérieurement, Mouchet, en 1923-1924 (2), étudie aussi la maladie et en particulier les résultats des essais d'isolement par les indigènes eux-mêmes entrepris sous l'impulsion de M. l'administrateur Libois (de Medge). Il peut être intéressant de donner ici les remarques faites par Mouchet à ce sujet :

« Depuis le début de 1922, M. l'administrateur Libois, de Medge, s'est efforcé de convaincre les chefs d'isoler leurs lépreux dans des villages spéciaux, écartés des agglomérations ordinaires.

» A l'heure actuelle, neuf de ces léproseries existent à Ibambi, Baonuku, Endumbaye, Ahumaso, Zobokangi, Mandingwe, Adaya, Bongo, Nekaboni.

» J'ai personnellement visité deux de ces léproseries, Baonuku et Ibambi. Ce sont des villages du type ordinaire dans ce territoire, composés de huttes de bambous avec

(1) *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1919, n° 7.

(2) Rapport administratif.

vérandah et éparpillés dans des plantations. Le village de ségrégation est dirigé par un capita lépreux lui-même et sous les ordres du chef médaillé.

» La léproserie de Baonuku est à une demi-heure du village du dit chef, celle d'Ibambi à deux heures du gîte d'étape du même nom.

» Léproserie Baonuku. — Lors de ma visite il y avait 80 lépreux, tous adultes d'après le capita; 18 lépreux manquaient (étaient en visite dans les villages voisins).

» Plantations assez abondantes, de bananes surtout, mais entretenues par les habitants de la chefferie.

» Léproserie d'Ibambi. — Lors de ma visite plus de 150 malades dont des enfants.

» Le capita m'apporte 46 bâtonnets représentant le chiffre des décès depuis l'installation du village (2 ans). Également quelques manquants.

» Plantations encore insuffisantes pour la nourriture du village, même des lépreux et également par les soins des habitants sains.

» OBSERVATIONS : On peut déduire de cette expérience que l'installation de léproseries dans les chefferies est possible, au moins en ce qui concerne le Népoko, où les chefs, assez intelligents, ont compris les désirs du blanc à cet égard (il n'est pas sûr qu'ils comprennent l'intérêt même de leurs populations dans cette mesure) et montrent de la bonne volonté à s'y conformer.

» A ce point de vue, l'historique de la léproserie d'Ibambi est significatif. Créée au début de 1922, un recensement fait par l'agent territorial, M. Dimanche, en juillet 1922, renseignait 105 isolés; lors de ma visite en février 1924 (sans recensement intermédiaire), je trouve 150 lépreux, donc 45 malades ont été isolés par le chef lui-même en 18 mois. (Ce chiffre est certainement inférieur à la réalité, si l'on compte que des décès avaient fatalement créé des vides.) »

Peu de temps après cela (1925) la Croix-Rouge du Congo s'installait dans la région, sous la direction du D^r Conzémus et se trouvait confrontée avec le problème de la lèpre.

Les premiers rapports mentionnent la maladie et le rapport de 1926 déclare que « les affections les plus répandues dans le Népoko sont le pian, la syphilis, la tuberculose et la lèpre » (pp. 17 et 18).

En 1927, la « lutte contre la lèpre fut entreprise systématiquement avec le concours financier du Gouvernement de la Colonie. En effet, dès le mois de mars 1927, M. le Ministre des Colonies a bien voulu accorder à la Croix-Rouge du Congo, pour l'année 1927, un subside important pour être employé exclusivement à la poursuite d'une campagne antilépreuse dans le Népoko » (1).

« L'effort qu'a entrepris la Croix-Rouge du Congo et qu'elle poursuivra désormais avec le concours du Gouvernement, aura le caractère d'une expérience en grand dont les résultats démontreront :

» 1° Si la lèpre aux divers degrés est curable;

» 2° Si une action systématique à la fois prophylactique et thérapeutique, poursuivie pendant plusieurs années, peut aboutir à extirper la maladie d'une région déterminée » (2).

« Une première tournée de recensement a été entreprise, sous la direction du D^r Conzémus, par l'agent sanitaire Wary, dans le secteur des Mabudu-Makoda.

» Commencée en mars, elle fut terminée en septembre.

» Dans cette seule région, qui compte sept chefferies et une sous-chefferie, on constate pour une population de 18,772 habitants examinés une proportion de 4 % de lépreux (3). »

Le rapport de 1928 cite 891 cas de lèpre avec 24,081 consultations.

(1) *Rapport Croix-Rouge du Congo*, 1927, p. 11.

(2) *Ibid.*, pp. 12 et 13.

(3) *Ibid.*, p. 13.

Le rapport de la Croix-Rouge de 1929 mentionne (p. 25) que 1,016 lépreux ont été pris en traitement. Chaque malade s'est présenté en moyenne une trentaine de fois au dispensaire.

En 1930, le rapport de la Croix-Rouge note que la léproserie de Pawa a soigné 359 lépreux, dont 51 ambulatoirement et 308 au village d'isolement.

La population de ce village se répartissait selon les sexes en :

Hommes	137
Femmes	153
Enfants mâles.	11
Enfants féminins	7

Les formes de la lèpre étaient :

Pendant l'année :		Au 31 décembre 1930 :	
Tubéreuse	36	27
Nerveuse	167	137
Maculeuse	55	44
Mixte	50	38

Le rapport conclut que « les ulcères, taches érythéma-teuses, tubercules, de même que l'état général, se laissent favorablement influencer par le médicament ».

Au cours de l'année 1927, il avait été planté à Pawa des graines de *Hydnocarpus Wightiana*, envoyées à l'intervention de Sa Majesté la Reine, par le Superintendant du « Royal Botanic Garden » de Calcutta. Le rapport de 1930 note la bonne venue des arbres et actuellement en 1932 ceux-ci sont beaux, atteignant 4 à 5 mètres et fructifient abondamment.

Des cultures secondaires seront entreprises en d'autres postes. L'huile sera étudiée au laboratoire de chimie du Département des Colonies.

Un rapport dû D^r Conzémus, en date du 9 août 1930, adressé au Commissaire de district de l'Uele-Népoko, résume cette histoire et en particulier donne des rensei-

gnements sur les villages indigènes, qu'il peut être utile de publier :

« J'ai donné ordre à M. Wary, auxiliaire médical de la Croix-Rouge du Congo à Pawa, de prendre des renseignements au sujet des léproseries indigènes installées en 1922 par M. Libois, ancien Administrateur territorial de Medge.

» Je vous communique ci-après les renseignements obtenus à ce sujet :

» Ibambi (léproserie indigène) : village indigène situé à quelques pas de la route automobile, malpropre, non débroussé, huttes délabrées, quelques plantations; au milieu du village un grand champ de coton. Environ 50 malades dont la plupart sont lépreux. Une assez grande partie de ces lépreux viennent prendre des injections de Graumannyl (éthyl-éther des acides gras de l'huile de Chaulmoogra) à notre dispensaire d'Ibambi.

» Baonouku : environ 20 à 30 malades.

» Endumbay : village supprimé.

» Ahumaso : restent 3 hommes et 2 femmes. Type petit village indigène.

» Sobokangi : village supprimé. Emplacement occupé actuellement par le chef.

» Mandingwe : village supprimé. Les indigènes ont repris l'emplacement.

» Adaya : village supprimé.

» Bongo : renseignements vagues. Village serait supprimé?

» Nekiabone :

» Ebao : village supprimé. Il resterait quelques lépreux groupés chez Ekwangapibo.

» Le 12 août, je me suis rendu à Pawa en compagnie de M. le docteur Gérard, professeur à l'Université de Bruxelles et membre du Comité exécutif de la Croix-Rouge du Congo, ainsi que de M. Libois, Commissaire de district-adjoint de Stanleyville. A cette occasion nous nous som-

mes arrêtés aux villages d'Ibambi et de Baonuku, de même que chez le chef Endumbaye et nous avons pu constater le bien-fondé des renseignements ci-dessus. Après un interrogatoire des malades de ces deux villages, nous avons appris que la plupart d'entre eux venaient se faire soigner à Pawa depuis fin 1925, date à laquelle la Croix-Rouge s'est établie dans cette région.

» En effet, depuis mon arrivée à Pawa nous avons eu en traitement des milliers de lépreux avec d'énormes plaies, qui nous arrivaient de tous les côtés. Tous les jours, ils recevaient des soins jusqu'à fermeture complète de leurs plaies.

» Il n'y a pas de doute qu'une grande partie de ces lépreux venaient de ces villages (léproseries de ces chefferies), où ils étaient restés sans soins auparavant.

» De plus, beaucoup de ces malades n'aimaient pas de faire un long chemin pour venir à notre dispensaire et préféraient rester dans notre village des lépreux que nous avons créé entre-temps sur notre concession. D'autres encore, préférant leur entière indépendance, s'étaient construit un village à proximité de nous, où ils séjournaient jusqu'à fermeture de leurs blessures. Ceci explique donc en grande partie l'abandon de ces léproseries de chefferies.

» Que sont devenus tous ces habitants de ces léproseries? Voyant leurs plaies guéries et pouvant de nouveau vaquer à leurs occupations, ils se sont probablement cru complètement guéris de leur affection et ne sont plus retournés aux léproseries. Quelques-uns peut-être n'ayant plus d'attache dans leur village d'origine ou trop mutilés, y sont restés et c'est ainsi que j'ai pu reconnaître parmi ceux-ci beaucoup qui étaient venus se faire soigner chez nous et dont les plaies étaient toujours restées fermées.

» Fidèles cependant aux conseils que nous leurs avons donnés, beaucoup continuent toujours à se rendre à notre dispensaire pour y prendre des injections. D'autres, bien

entendu, ont succombé à leur affection par suite d'une maladie intercurrente. On peut donc conclure que toutes ces léproseries de chefferies, créées en 1922 par M. Libois, ont disparu du fait que leurs malades sont venus se faire soigner à Pawa, où ils ont été débarrassés de leurs plaies et que d'autres sont venus habiter notre village des lépreux pour être plus près de nous. »

En réalité, cette opinion du D^r Conzémus me paraît être trop pessimiste sur les villages de chefferies dus à l'initiative de M. l'administrateur Libois. Trop pessimiste d'abord au point de vue de l'utilité possible de ces villages. Comme j'aurai l'occasion de le développer plus loin, ces villages de chefferies constituent une première étape — et très utile — dans la lutte contre la lèpre.

Trop pessimiste aussi quant au sort de ces villages. J'ai pu constater, en effet, qu'ils ne sont pas complètement abandonnés. Certains chefs, au contraire, en refont à nouveau et il convient de les encourager. C'est le cas, m'a-t-on dit, de Karume à Wamba. Également le notable Kapepula (chefferie Anzebogo) organise un petit village de lépreux. Ce notable intelligent m'a posé les questions les plus judicieuses à ce sujet. Il va de soi qu'il fallait l'appui du blanc pour assurer la persévérance. D'autre part, les anciens villages ne disparaissent pas tous. C'est ainsi que je me suis rendu diverses fois au village d'Ibambi-Kotinai. Les lépreux m'ont dit y être 120; en fait, j'en ai vu 96 et en outre des mutilés divers d'autres affections, qui du reste n'étaient pas notés comme lépreux par les noirs.

Les plantations n'étaient pas mauvaises, montrant que, laissé à lui-même, le lépreux travaille. Les missionnaires protestants d'Ibambi (H. A. M.) s'occupaient de leurs besoins spirituels.

L'aspect de la dégradation physique de ces malheureux, mais aussi leur gaîté persistante, leur espoir de recevoir

bientôt des médicaments, constituaient même un spectacle émouvant.

A Isiro de même, il y a un village de lépreux groupant une centaine de malades. Il paraîtrait qu'au temps où le médecin de la Croix-Rouge d'Isiro s'en occupait il y en aurait eu 600 (?).

A Zatua (chefferie Anzebogo, race Baleka), il y a encore une centaine de lépreux isolés un peu loin de la route. L'isolement a été fait sous l'influence de l'administration locale, mais a perdu de son efficacité, faute de surveillance européenne; le nombre des lépreux aurait atteint 400 autrefois.

A Endumbai tous les lépreux seraient morts selon le chef. A Bahunuku il existe encore un village de lépreux, — assez mal situé du reste et peu important, — groupant aussi, outre des lépreux, des infirmes divers.

Bref, si nous y tenions la main, les villages renaîtraient assez facilement et constitueraient une première étape prophylactique.

C'est en 1930 aussi que le plan de la Croix-Rouge du Congo se précise de la manière suivante : « Pour continuer à fond l'expérience et en mettant à profit les observations faites au centre de Pawa, la Croix-Rouge du Congo a décidé de créer plusieurs villages de lépreux dans la chefferie des Mabudu-Makoda, qui compte de 700 à 800^f individus atteints de cette maladie. M. Ury, agent sanitaire de première classe, a été spécialement affecté à ce service.

» Le programme en cours d'exécution comprend plusieurs étapes :

» a) Mise à jour du recensement des Mabudu-Makoda fait en 1927;

» b) Création de plusieurs villages de ségrégation (trois ou quatre), villages créés ou à créer chez les sous-chefs qui ont le plus de lépreux. A chacun de ces villages est annexé un dispensaire desservi par un ou plusieurs infirmiers noirs. Hebdomadairement, à jour fixe, chacun

TABEAU I. *Résultat du Recensement des lépreux effectué
du 1^{er} novembre 1930 au 24 mars 1931 par le Centre*

CHEFFERIE	Villages ou agglomérations	Nom des capitas ou notables de ces agglomérations	POPULATION RECENSÉE				
			H.	F.	Enfants		Total
					G.	F.	
Abiengama	Enzato.	Abiengama.	198	253	58	65	574
Id.	Dete.	Mapio.	417	480	164	166	1227
Id.	Eboto.	Danga.	131	148	43	36	358
Id.	Badieku.	Pesua.	171	213	67	53	504
Id.	Gamasi.	Agadingwe.	138	200	67	77	482
Id.	Batongoa.	Atongboa.	160	198	74	71	503
Id.	Modegasi.	Ekwangapibo.	216	271	91	87	665
Id.	Bengwe.	Sobokangi.	166	280	110	103	659
Id.	Gito.	Agbwaka.	142	183	86	65	476
Id.	Digi.	Mobangapa.	481	678	186	178	1523
Id.	Bekobote.	Mongoma.	160	191	47	50	448
Id.	Makoda.	Makoda.	116	125	58	55	354
Id.	Matebi.	Basséani.	48	70	40	21	179
Id.	Bassubuo.	Agbwaka.	303	418	141	119	981
Id.	Banangaa.	Magasani.	408	464	151	127	1150
Id.	Egoba.	Kakiane.	195	228	74	62	559
Id.	Dududu.	Katunane.	360	396	152	124	1032
Id.	Andei.	Abumasso.	584	550	135	115	1184
Id.	Goya.	Masaye.	83	100	30	20	233
Id.	n'Golo.	Agbakua.	33	45	11	5	94
Id.	Bakuma.	Nendani.	49	52	24	6	131
Id.	Bengua	Mapuno.	102	132	55	34	323
Id.	Luka.	Bakonongama.	165	214	53	32	464
Id.	Pungbulu	Endumbaye	315	376	168	120	979
Id.	Bondo.	Elaeo.	472	488	143	120	1223
TOTAUX			5413	6753	2228	1911	16305

Population totale 16,305
Lépreux recensés 1,876
Pourcentage général 11.50 %

chez les Mabudu-Makoda (*chefferie Abiengama*)
antilépreux de la Croix-Rouge du Congo à Pawa

LÉPREUX RECENSÉS						CLASSIFICATION DES LÉPREUX				Parmi ces quatre catégories	
H.	F.	Enfants		Total	%	Mac.	Tub.	Nerv.	Mixtes	sont atteints de plaies	sont mutilés
		G.	F.								
38	28	4	3	73	12,70	52	8	9	4	2	4
55	32	3	—	90	7,34	68	11	7	4	3	3
18	14	—	—	32	9,21	19	4	3	6	2	2
18	14	1	—	33	6,54	25	2	5	1	2	3
24	23	1	2	50	10,39	30	4	12	4	3	2
18	15	1	—	34	6,75	22	3	7	2	2	1
27	33	—	4	64	9,63	45	3	11	5	3	3
22	39	7	—	68	10,31	45	7	14	2	4	6
27	27	5	5	64	13,46	48	5	7	4	4	3
151	138	10	3	302	19,76	194	29	72	7	9	13
61	58	4	3	126	28,12	91	7	26	2	5	5
26	19	1	1	47	13,27	36	2	9	—	1	2
9	5	1	—	15	8,37	13	1	1	—	—	—
67	76	9	1	153	13,59	116	8	28	1	3	8
73	62	4	4	143	12,43	98	5	36	4	4	12
19	22	—	1	42	7,51	28	4	9	1	1	3
31	32	7	2	72	6,97	53	3	16	—	3	4
75	66	6	4	151	12,74	126	4	16	5	4	4
14	21	3	1	39	16,73	29	—	7	3	1	3
6	7	—	—	13	13,82	10	—	2	1	1	1
6	8	1	—	15	11,45	14	—	1	—	—	1
15	26	4	2	47	14,55	41	—	4	2	1	2
23	18	6	2	49	10,53	43	2	4	—	1	1
25	17	4	—	46	4,69	35	5	5	1	2	3
63	40	3	2	108	8,83	68	8	27	5	7	9
911	840	85	40	1876		1349	125	338	64	63	98

Pawa, le 2 avril 1931.

de ces dispensaires est visité par l'agent sanitaire désigné pour ce travail et qui est présent aux injections.

» Une fois par mois, les dispensaires sont visités par le médecin.

» Les mutilés sont logés au village de Pawa; les lépreux à plaies, les tubéreux, les maculeux tubéreux sont isolés dans les villages de ségrégation et les maculeux purs sont traités ambulatoirement dans les divers dispensaires.

» Cette organisation permet aux malades de vivre peu éloignés de leurs frères de race ⁽¹⁾ ».

J'aurai l'occasion en traitant de la prophylaxie de revenir sur ce sujet. Bornons-nous pour l'instant à noter que ce plan est en voie d'achèvement. Le recensement des lépreux des Mabudu-Makoda a été fait par M. Ury et a donné 1,876 lépreux sur 16,305 sujets vus, soit 11.50 %. Le recensement s'est fait principalement cliniquement, mais si l'on admet des erreurs en plus de ce fait, il faut se dire aussi que divers lépreux s'enfuient et que des cas très débutants peuvent échapper. Le tableau I indique les détails du recensement fait par M. Ury ⁽²⁾. Enfin, comme je l'ai dit, les villages de lépreux sont en construction. Dès la fin de 1931 des lépreux y habitent et l'on peut prévoir qu'en 1932 leur occupation sera achevée. Ainsi le territoire des Mabudu-Makoda sera desservi par trois léproseries avec dispensaires. Le traitement sera diffusé le plus possible.

Chaque arrivant à ces villages fera l'objet d'une observation de début, afin de pouvoir juger ultérieurement des résultats du traitement. Celui-ci est essentiellement à base d'éthyl-éther de Chaulmoogra.

(1) *Rapport Croix-Rouge du Congo, 1930.*

(2) Reproduit grâce à l'obligeance de la Croix-Rouge du Congo.

CHAPITRE II.

REMARQUES CLINIQUES ET DIAGNOSTIQUES.

La lèpre apparaît le plus souvent ici sous la forme maculeuse et ultérieurement sous la forme nerveuse avec plus ou moins de mutilations.

La forme nettement tubéreuse est beaucoup plus rare.

J'ai déjà mentionné la statistique de Pawa de 1930, qui montre ce fait, connu du reste un peu partout au Congo.

Dans d'autres endroits où j'ai fait un relevé sommaire de lépreux, j'ai pu noter le même fait :

A Wamba. — Tubéreux : 4; mixtes : 6; maculeux : 11; maculo-nerveux : 5; nerveux : 21; incertains : 2.

A Zatua. — Tubéreux : 5; mixtes : 4; maculeux : 11; maculo-nerveux : 17; nerveux : 15; incertains : 3.

A Isiro. — Tubéreux : 6; maculeux : 32; nerveux : 49; incertains : 2.

A Kapepula. — Mixte : 1; maculeux : 6; maculeux-nerveux : 2; nerveux : 6.

A Babonde. — Tubéreux : 2; mixte : 1; maculeux : 5; maculeux-nerveux : 7; nerveux : 4.

A Ibambi. — Tubéreux : 2; mixtes : 7; maculeux : 20; maculeux-nerveux : 15; nerveux : 52.

A Bahunuku. — Mixte : 1; maculeux : 3; maculeux-nerveux : 10; nerveux : 10.

A Poko. — Tubéreux : 1; mixte : 1; maculeux : 5; nerveux : 11.

A Bengwe. — Tubéreux : 2; mixtes : 4; maculeux : 10; maculeux-nerveux : 9; nerveux : 5; incertains : 2.

A Egoba. — Tubéreux : 3; mixtes : 2; maculeux : 13; maculeux-nerveux : 2; nerveux : 5; incertain : 1.

La lèpre au Népoko, quoique si répandue, n'apparaît donc pas comme dotée d'une virulence spéciale et il n'y a pas lieu pour expliquer son abondance ici de songer à une souche particulièrement infectieuse du bacille; si tant est que ces souches existent — chose invérifiable dans l'état actuel de la science. Sur **120** observations notées plus en détail dans mes fiches, je relève les symptômes suivants :

1. Anesthésie superficielle	98 fois.
2. Macules	90 fois.
3. Mutilations et lésions acrotériques	72 fois.
4. Cicatrices bulleuses	69 fois.
5. Ulcérations actuelles	48 fois.
6. Hypertrophie du nerf cubital	35 fois.
7. Tubercules et infiltration nets	13 fois.
Steppage	3 fois.
État éléphantiasique (jambe)	3 fois.
Nez ensellé et perforé	2 fois.
Staphylôme cornéen, parésie faciale, fauchage jambe, atrophie jambe	1 fois.

On le voit, un des éléments les plus importants du diagnostic, d'autant plus important qu'il est patent, celui auquel les noirs attachent la plus grande importance, sont les macules. Celles-ci apparaissent le plus souvent sous la forme de taches cuivées, tantôt lisses, tantôt un peu surélevées, au moins au bord, au centre parfois plus ou moins normal de teinte et d'aspect, de dimensions des plus variables.

J'ai été frappé de voir combien rarement ces macules présentent de l'anesthésie superficielle recherchée selon la méthode de Rogers et Muir (voir plus loin). A dire vrai, lorsqu'un sujet a beaucoup de macules, il est difficile d'explorer systématiquement tous les points et il se pourrait que des anesthésies parcellaires aient échappé à l'exploration un peu rapide.

Par contre, on y trouve avec une assez grande fréquence des bacilles acido-résistants, très rares à vrai dire (voir plus loin au « diagnostic ») et exigeant de longues et patientes recherches. Selon Rogers et Muir, ces deux constatations s'excluent réciproquement, c'est-à-dire, que s'il y a de l'anesthésie, on ne trouve pas de bacilles et s'il y a des bacilles, il n'y a pas d'anesthésie superficielle. Les constatations faites ici corroborent jusqu'à un certain point cette opinion qui tendrait peut-être à faire admettre que, dans les macules anesthésiques, le germe se trouve sous une forme non acido-résistante.

On peut se demander, par contre, comment il se fait que les macules anesthésiques soient si rares dans nos cas. Il semble logique, les macules anesthésiques étant surtout fréquentes au début de la maladie, d'admettre que le noir consulte assez tardivement et que ces cas échappent plus à notre examen. Il faut reconnaître que les cas de Pawa sont du reste des malades assez anciens. Il faut aussi admettre une virulence moyenne de l'affection. Ces cas devraient être considérés comme B. I. de la classification de Muir. (Infection très modérée de la peau.)

2. *Troubles de la sensibilité.* L'expérience m'a convaincu de la supériorité de la méthode d'examen de Rogers et Muir. Celle-ci consiste à bander les yeux du malade dévêtu et à toucher les points de la peau avec un papier plié; personnellement, j'utilise usuellement un flocon de coton dans une pince de Péan, le coton me sert à apprécier la sensibilité superficielle, l'extrémité de la pince sert à juger de la sensibilité à la pression. Chaque fois qu'un point est touché — très légèrement — le malade doit y porter le doigt. Cette méthode est la plus sûre et convient aux intelligences frustes des indigènes. S'il indique bien l'emplacement, il n'y a pas d'anesthésie; s'il ne l'indique pas, il y a de l'anesthésie. Il faut pourtant expliquer de quoi il s'agit, exiger qu'un doigt indique exactement l'em-

placement et songer parfois à une distraction possible. La simulation n'est évidemment pas en question. Dans certains cas, l'intelligence paraît en défaut et même ce procédé ne donne pas toute satisfaction.

Quand l'exactitude de l'indication est incomplète, on peut parler de paresthésie. Il faut pourtant être très prudent. Souvent, c'est la négligence du noir qui est en cause; par nonchalance il n'indique que vaguement l'endroit.

Comme je l'ai dit plus haut, la majorité des macules explorées ainsi montrent une sensibilité superficielle parfaite (sensibilité épieritique de Head). Par contre, on observe avec une extrême fréquence de l'anesthésie superficielle aux extrémités et aussi autour des bulles cicatrisées des coudes et des genoux. Évidemment, il y a souvent en ces cas des lésions acrotériques plus ou moins nettes, mais parfois elles manquent et la recherche de l'anesthésie superficielle est alors des plus précieuse.

La baresthésie (sensibilité à la pression) est beaucoup plus rarement troublée; il y a souvent alors de grosses mutilations.

Quant à l'exploration de la sensibilité thermique et douloureuse (sensibilité protopathique de Head), elle me paraît bien plus difficile.

En effet, si l'on fait juger d'un tube froid ou chaud le sujet devine, conjecture, répond au petit bonheur et tombe éventuellement assez souvent juste pour qu'on soit embarrassé de conclure. Il en est de même si on le prie de différencier pointe et tête d'une épingle.

Notons qu'un neurologue compétent comme Chauvet (1) déclare: « D'une façon générale les examens des sensibilités thermiques sont souvent délicats, l'automatisme, le rappel des sensations y sont pour beaucoup. On observe, d'autre part, des variations quotidiennes du tracé qui sont fort embarrassantes ».

(1) Dans *Sergent Technique Clinique*, p. 779.

D'autre part, un neurologue aussi, Monrad-Krohn, estime que la dissociation classique des sensibilités se voit rarement dans la lèpre ⁽¹⁾.

Tout cela me fait adhérer à la méthode de Rogers et Muir, simple et relativement facile.

J'ai toujours négligé les temps de réaction, mais ils paraissent parfois prolongés en certaines zones.

3. *Cicatrices de type bulleux, surtout aux coudes et aux genoux, avec aspect lisse, parcheminé, noir, de la peau; parfois, si elles sont récentes ou que la bulle a été plus profonde, aspect de cicatrice banale.* L'anesthésie quasi constante en ce cas est précieuse pour le diagnostic.

Les autres cicatrices sont souvent d'un diagnostic plus incertain à l'aspect (cicatrices blanches des pieds, etc.), qui rappelle les ulcérations banales. J'ai souvent noté chez les lépreux — surtout femmes — de petites cicatrices superficielles périombilicales, parfois avec desquamation. Elles sont attribuées à la proximité du feu — cette région est toujours nue chez la femme indigène — et ne présentent pas d'anesthésie superficielle. La nature exacte de ces lésions ne m'est pas connue, mais est sans doute à attribuer à une altération de la sensibilité thermique.

4. *Lésions acrotériques et mutilantes.* Il n'y a guère lieu d'y insister, leur fréquence est extrême et il semble bien que la marche naturelle de la lèpre est, comme l'indique Muir, tout d'abord directement la peau et les petits nerfs; puis, si la résistance baisse, la peau massivement et, enfin, lorsque la résistance prend le dessus ou si elle n'a jamais fléchi, les gros nerfs avec les lésions trophonévrotiques.

Évidemment, les bulles et cicatrices signalées précédemment appartiennent à ce type de lésions et aussi la majorité des ulcères.

(1) III^e Conférence internationale de la Lèpre, p. 217.

Parfois on voit apparaître brusquement des lésions escharifiantes, du coude par exemple, avec œdème, douleurs et profond sphacèle ou bien des mutilations brusques d'un doigt avec gonflement et douleurs (réactions nerveuses).

5. *Ulcères divers.* Maux perforants, bulles ulcérées, ulcères de tout type sont des plus fréquents. Il est difficile d'affirmer que tous sont toujours d'origine lépreuse, la majorité, cependant, paraît devoir être rattachée à cette cause. Les ulcères bacillaires sont assez rares, semble-t-il; ce point, cependant, devrait être étudié davantage.

6. *Hypertrophie du nerf cubital.* Ce signe a été moins souvent observé; il est parfois d'interprétation délicate lorsqu'il n'y a pas de dyssymétrie.

7. *Tubercules.* Rien à en dire qui ne soit classique. A noter la rareté des altérations des muqueuses buccale et pharyngée et des yeux. Il y a parfois de petites infiltrations discrètes des lobules des oreilles où les bacilles sont assez rares.

8. Je n'attache pas d'importance aux ganglions épitrochléens, cervicaux, inguinaux, etc. Ils sont très fréquents, mais vraisemblablement d'origines diverses.

9. Parmi les signes que j'aie peu rencontrés ou pas, je dois citer :

1° *La percussion douloureuse.* Jamais je n'ai vérifié l'existence de ce signe sur lequel divers auteurs insistent (1).

La percussion, faite selon les indications de Le Dantec, ne provoque aucune réaction mimique ou autre, aucune plainte.

Évidemment, si l'on demande à un indigène si telle ou

(1) Cf. LE GAC, *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1931, t. XXIV, n° 5, mai, p. 363.

telle manœuvre provoque de la douleur, il répondra très souvent affirmativement;

2° *Troubles de l'innervation sensible ou motrice de la face.* Ces troubles ont été observés avec fréquence — surtout des paralysies faciales partielles — par Monrad-Krohn (1), en Norvège. Ils paraissent très rares ici;

3° *Troubles thermiques.* La nature du village et les mœurs de ses habitants ne permettent guère l'obtention de tracés thermiques sérieux. Il faudrait du reste songer au paludisme fréquent.

Mentionnons encore que l'anamnèse est ordinairement quasi nulle. Tout au plus peut-on parfois obtenir la date de début de l'affection ou une brève indication du mode de début.

Les signes subjectifs sont ordinairement des plus vaguement indiqués sous forme de douleurs osseuses et articulaires. L'aspect névralgique de la douleur n'est quasi jamais indiqué.

Lèpre viscérale. Elle n'est pas souvent observée. J'ai rencontré deux lépreux nodulaires avec phénomènes pulmonaires incertains. Dans l'un des cas, le cobaye ne fut pas infecté (un seul essai); dans le second cas, je n'ai pas les résultats de l'inoculation. Les orchites paraissent rares.

Néphrite. On voit avec une certaine fréquence de l'albuminurie, ordinairement modérée et sans symptômes nets. (Sur 68 examens, il a été noté 5 fois des traces d'albumine et 2 fois de l'albuminurie appréciable.)

Réactions lépreuses. a) Générales et cutanées. Certains des malades tubéreux traités à l'or ont présenté des malaises, frissons, fièvre, apparition de nodules dermiques, gonflement des tubercules existants, tous signes de réaction lépreuse. Le paludisme coexiste souvent.

(1) III^e Conférence internationale de la Lèpre, Paris, 1924.

b) Nerveuses. On note parfois des extensions brusques des mutilations ou l'apparition d'une eschare étendue avec phénomènes locaux notables (douleur, œdème) qu'on peut rattacher à un état réactionnel des nerfs de la région.

REMARQUES SUR LA CLASSIFICATION DES FORMES CLINIQUES DE LA LÈPRE.

L'ancienne classification des cas en lèpre maculeuse, lèpre maculo-nerveuse ou nerveuse, lèpre tubéreuse, lèpre mixte, c'est-à-dire tubéreuse et nerveuse, est actuellement discutée. Il est de fait que les macules ne représentent pas toujours le même type anatomo-clinique et peuvent être soit du type nerveux (anesthésique), soit du type bacillaire (non-anesthésique en ce qui regarde la sensibilité superficielle) et qu'en principe, les lépreux sont quasi toujours mixtes, c'est-à-dire atteints à la peau et aux nerfs.

D'autre part, on ne sait trop où classer les infiltrations assez légères, à bacilles modérément nombreux qu'on voit de-ci de-là chez ces maculeux du type bacillaire.

Cependant, dans la pratique courante, pour une première classification des malades, en cours de recensement en brousse, cette classification me paraît conserver sa valeur. Purement clinique, elle n'exige aucune ressource de laboratoire ni examens très prolongés. En outre, elle fournit des renseignements importants sur l'histoire, l'évolution et même le pronostic de la lèpre.

En principe, un maculeux pur — même à macules non-anesthésiques — est un cas assez récent ou peu évolutif s'il est ancien. Un tubéreux est un cas à évolution sérieuse, à infection intense, à pronostic réservé (résistance faible), à traitement éventuellement difficile (réactions générales). Un maculo-nerveux, à lésion acrotérique, un mutilé, sont des cas plus anciens à évolution se faisant dans le sens d'une infection modérée, mais frappant malheureusement les nerfs périphériques, quel que soit le mécanisme de

cette neurotrophie. Un tubéreux avec mutilation (lèpre mixte) est un cas grave en voie d'apaisement où l'atteinte des nerfs est contemporaine de la sédation cutanée plus ou moins nette.

Rogers et Muir ⁽¹⁾ ont proposé, il y a quelques années, de classer comme *Skin leprosy*, tout cas à bacilles dans les téguments, et *Nerve leprosy*, tout cas sans bacilles dans les téguments avec anesthésie superficielle. Cette classification me paraît avoir de sérieux désavantages : elle exige des examens microscopiques minutieux qui varieront d'un examen à l'autre; elle réunit des cas fort dissemblables (macules à rares bacilles évoluant le plus souvent vers la forme nerveuse et tubercules bourrés de bacilles), pour l'unique raison que l'un et l'autre ont des bacilles dans la peau. Cependant, de tels cas sont, au point de vue évolution, fort dissemblables.

La classification récente de Muir ⁽²⁾ est peut-être plus pratique.

Il distingue les cas A sans bacilles dans la peau, muqueuses et ganglions et les cas B avec bacilles.

On distingue la subdivision :

A1. (Cas nerveux primaire), symptômes du début de l'infection avec surtout des macules anesthésiques, de l'épaississement des filets nerveux, à diagnostic uniquement clinique (anesthésie superficielle).

A2. (Cas nerveux secondaires) où les manifestations nerveuses sont secondaires à une infection plus marquée de la peau et où les lésions sont surtout du type acrotérique et mutilant, la lèpre nerveuse étant sans doute d'origine métastatique.

Les cas B sont classés en B1, B2, B3, selon l'abondance des bacilles. Il va de soi qu'un individu peut être successivement A1, B1, B2, B1, A2, par exemple.

(1) *Leprosy*, Londres, 1925.

(2) *Leprosy, Diagnosis, Treatment and Prevention*, 5^e éd. Dehli et Simla.

Il y a aussi les formules mixtes A1 B1 (présence de macules anesthésiques et d'autres à bacilles) ou B2 A2, par exemple (lèpre tubéro-nerveuse).

Cette classification est certainement intéressante. Elle a le mérite de suivre l'évolution de la maladie en bien ou en mal. Mais elle est d'application possible seulement quand les examens des malades sont terminés.

Pour le recensement en brousse, la vieille classification des lépreux en maculeux, tubéreux et nerveux, plus les cas mixtes maculeux-nerveux, tubéro-nerveux, me paraît encore pratique.

Diagnostic. Les remarques faites précédemment sur les symptômes me dispensent de revenir sur le diagnostic clinique. Insistons seulement sur la grande utilité de la recherche de l'anesthésie superficielle selon la méthode de Rogers et Muir. Une anesthésie superficielle associée à une lésion cutanée; macule, bulle active ou cicatrisée, lésion acrotérique permet le diagnostic de certitude de lèpre et peut être seule à le permettre (cas débutants ou très avancés à bacilles rarissimes).

Recherche du bacille. Bien que les critères de Koch, concernant le rôle pathogène du bacille de Hansen, soient loin d'être réalisés, la présence de ce germe est universellement considérée comme signe de certitude.

Cette recherche est tantôt très facile : cas nodulaires, tantôt beaucoup plus difficile : cas maculeux ou nerveux. Dans les cas nodulaires, n'importe quelle méthode est usuellement positive : biopsie d'un nodule, frottis de muco nasal, frottis de ganglion, d'ulcère lépreux non trophique.

L'examen en goutte épaisse du sang pris à la veine n'a pas été positif chez les quelques nodulaires chez qui je l'ai essayé. Par contre, en examinant la couche leucocytaire au cours d'épreuves de sédimentation, j'ai trouvé 2 fois sur 10 examens de rares bacilles, chaque fois

chez des tubéreux. J'ai retrouvé ultérieurement cette méthode sous le nom de méthode de Crow dans le traité de Rogers et Muir (1). Je crois qu'elle ne présente pas grand intérêt pratique; les cas où elle sera positive seront sans doute des cas nodulaires d'un diagnostic aisé. A dire vrai, comme la sédimentation du lépreux est intéressante à connaître, il est facile de recourir subsidiairement à ce procédé. Plus pratique me paraît être chez les tubéreux la méthode de Markianos (2). Celle-ci consiste essentiellement à faire une goutte épaisse de sang prélevé au niveau des lépromes et à déshémoglobiner et colorer au Ziehl.

J'ai constaté que chez les lépreux nodulaires cette méthode est sûre à condition de piquer peu profondément, de telle façon qu'il faille exprimer le léprome pour faire soudre le sang. Son avantage est d'être moins « opératoire » que la biopsie et de ne laisser aucune plaie. Malheureusement, hors des cas de léprome ou lésions cutanées très riches en bacilles, elle ne paraît pas donner de résultat. La chose est du reste compréhensible, le succès suppose de très nombreux bacilles dans le tissu dermique.

Dans les cas maculeux la recherche des bacilles est très souvent beaucoup plus laborieuse, même en l'absence d'anesthésie superficielle (cas B1 de Muir). La technique que j'ai trouvée en usage à la léproserie de Pawa est la suivante :

En un point de la tache, au bord, on applique une pince hémostatique et une petite incision est pratiquée au bistouri dans le pli de la peau. Le derme est ainsi exposé et ne saigne pas grâce à la pince, il est gratté avec la pointe du bistouri et des frottis sont faits avec la pulpe dermique. La manœuvre est un peu douloureuse, mais usuellement

(1) *Leprosy*, Londres, 1925, p. 161.

(2) *Bull. Soc. Path. Exot.*, vol. XXIV, n° 3 mars 1931, p. 172.

n'entraîne pas de plaintes chez les adultes. La petite plaie se cicatrise sans difficulté.

Muir préfère à cette méthode celle qui consiste à exciser avec des ciseaux courbes un petit lambeau dermique qui est alors étalé : il faut cependant avouer que la méthode utilisée à Pawa met bien le derme en évidence. Mes expériences comparatives des deux procédés ne sont pas assez nombreuses pour me prononcer. Telle quelle cette méthode donne assez souvent des résultats positifs.

L'examen du cahier de laboratoire montre qu'en 6 mois il a été fait 387 examens de taches (examens et non individus), avec 185 résultats positifs. A dire vrai, la recherche est laborieuse et ne montre souvent que 1 ou 2 bacilles.

Le Dr Conzémus (com. verbale) estime la fréquence des cas positifs à plus ou moins 70 % des individus. Évidemment, le chiffre cité plus haut serait plus élevé en comptant par individus et se rapprocherait du chiffre indiqué par notre collègue.

On peut se demander si les rares bacilles constatés sont bien des bacilles lépreux ou bien quelques bacilles acido-résistants différents.

La réponse est évidemment impossible dans l'état actuel de nos connaissances sur la lèpre, faute en particulier d'animal réellement sensible.

J'ai procédé à quelques recherches de contrôle en faisant des biopsies au bord d'ulcères banaux ou en profitant de quelques pièces opératoires de sujets non-lépreux. Dans aucun cas des bacilles acido-résistants n'ont pu être trouvés, mais le nombre des contrôles est faible (une douzaine d'examens).

Les autres méthodes de recherche du bacille sont plus rarement mises en œuvre à Pawa.

L'examen du mucus nasal est rarement fait chez les tubéreux, parce que non nécessaire. Chez les autres sujets il est évidemment moins utile.

Sur 28 examens faits dans ces conditions, il y a eu 7 résultats positifs. La ponction des ganglions est assez souvent utilisée, surtout quand l'examen des taches est négatif. Sur 49 examens pratiqués de cette manière, il y a eu 15 résultats positifs, parfois chez des sujets en excellent état et avec peu de symptômes cutanés.

A ce propos, il peut être utile de faire une remarque technique. Muir, dans son excellent petit ouvrage pratique déjà cité, recommande une technique qui consiste à injecter dans le ganglion un peu de solution de cocaïne et à ponctionner, malaxer et retirer le liquide.

C'est là une complication inutile et j'ai appliqué la méthode très simple qui a été conseillée pour la maladie du sommeil par Broden et Rodhain : ponction avec une aiguille sèche non montée (1).

Le rapport du secrétaire de la Commission de la lèpre de la Société des Nations indique (p. 7) qu'en Norvège, les lépreux refusent de se laisser ponctionner les ganglions. C'est là quelque chose d'étonnant, étant donné la bénignité de l'intervention.

Quant à la recherche du bacille dans les ulcères, elle n'est pratiquement positive qu'en cas de lèpre cutanée floride et d'ulcère résultant de la fonte d'infiltrat lépreux. La majorité des ulcères sont d'ordre nerveux et ne montrent pas ou de très rares bacilles.

La sédimentation du sang. On sait que la vitesse de sédimentation est fortement accélérée dans la lèpre, comme dans d'autres affections infectieuses. Récemment encore Landeiro (2) a attribué à cette épreuve une certaine valeur pronostique.

J'ai fait diverses fois cette épreuve chez les lépreux et l'examen du tableau II montre qu'en général les vitesses

(1) Voir BRODEN, *Annales Soc. belge de Méd. tropicale*, 1920-1921, t. 1, n° 1, p. 1.

(2) *Arquivos Inst. Bact. Camara Pestana*, 1930, t. VI, fasc. 2, p. 167.

de chute sont fort accélérées. Malheureusement, si l'on s'adresse à des noirs ayant des affections quelconques ou même apparemment sains, on trouve très souvent aussi des chiffres très forts (voir le tableau).

Dans ces conditions, il est impossible d'attacher une valeur diagnostique quelconque à cette épreuve.

Muir attache beaucoup d'importance à la valeur pronostique et de fait l'examen du tableau permet de constater des différences entre lèpres graves et évolutives et les formes stabilisées.

Encore une fois, cependant, la fréquence des sédimentations très rapides chez des sujets apparemment sains diminue l'intérêt de l'épreuve.

Cette question de la sédimentation devrait être étudiée dans sa totalité chez le noir : influence de l'autoagglutination si fréquente (lecture à 37° par comparaison avec la lecture à température du laboratoire), influence des diverses maladies courantes : malaria, pian latent, vers, etc., et action de la thérapeutique de ces maladies.

Le temps dont je disposais ne me permettait pas d'étudier plus à fond cette question.

Il peut être intéressant de signaler la technique suivie :

Prélèvement de 0,8 cc. de sang dans une seringue contenant 0,2 cc. de solution de Citrate de Soude à 3,7 %. On prend soin d'éviter de laisser le garot et d'éviter l'introduction de bulles d'air. Mélanger dans la seringue même ou dans un tube. Le sang citraté est alors déposé dans des tubes fins, tubes à pipette Pasteur d'environ 2,5 mm. de diamètre intérieur, scellés au fond. Ce temps exige quelque précaution, le remplissage de ces tubes est assez délicat, mais se fait le mieux au moyen d'une pipette Pasteur, longue et pas trop fine. Les aiguilles à ponction lombaire peuvent servir aussi, mais ne sont usuellement pas assez longues pour un remplissage facile.

Les tubes, correctement remplis, sont mis dans la position verticale.

TABLEAU II. — Épreuves de sédimentation des globules rouges

Nom — Sexe	Diagnostic et remarques cliniques.	Chute après 30'	Chute après 60'	Remarques
1. Abutu ♂	Lèpre tubéreuse modérée.	34 ^{mm}	47 ^{mm}	—
2. Ogimo ♀	Lèpre tubéreuse grave.	68	82	—
3. Batanemi ♀	Id.	59	83	—
4. Nato ♀	Id.	93	96	Autoagglutination.
5. Kalade ♂	Lèpre mixte	34	49	—
6. Deselete ♀	Lèpre cutanée évolutive.	38	65	Autoagglutination.
7. Ekobiengame ♂	Lèpre tubéreuse.	26	52	Pian traité.
8. Zidame	Lèpre maculo-nerv. évolut.	49	76	Autoagglutination.
9. Bosio ♀	Id.	38	62	—
10. Bomboa ♂	Lèpre maculo-nerveuse.	57	75	—
11. Atalea ♂	Lèpre nerveuse.	69	80	—
12. Mutamboe ♂	Id.	50	64	—
13. Amelassio ♂	Id.	24	45	—
14. Zanzopa ♂	Id.	30	54	—
15. Bopula ♂	Id.	55	66	—
16. Bonabonje ♂	Id.	29	52	—
17. Mandiba ♂	Id.	45	72	—
18. Ganzi ♂	Id.	28	50	—
19. Dombi ♂	Id.	70	84	—
20. Idei ♂	Id.	35	45	—
21. Madzin ♂	Id.	45	27	—
22. Mokwoki ♂	Id.	24	35	—
23. Adebo ♂	Id.	17	41	—
24. Yakwateni ♀	Lèpre maculo-nerveuse.	40	60	Autoagglutination.
25. Idem		47	62	—
26. Tomu ♂	Lèpre maculeuse.	25	35	—
27. Ambenaio ♂	Id.	17	37	Sujet en bon état, lèpre stationnaire.
28. Mangeya ♂	Lèpre maculo-nerveuse	28	43	—
29. Adoba ♂	Lèpre nerveuse	34	49	—

30. Apala ♂	Lèpre nerveuse.	30 ^{mm}	45 ^{mm}	--
31. Busoko ♀	Id.	52	85	Autoagglut. Une bulle en activité.
32. Endumbai ♂	Lèpre en stabilisation.	4	21	Sujet en bon état.
33. Bogbai ♂	Id.	10	15	Id.
34. Tibieni ♀	Lèpre maculeuse.	11	30	Suj. assez bon état

Maladies diverses

35. Ambelekende ♂	Arthrite traumat. ancienne.	21	33	--
36. Afana ♂	Abcès.	40	56	--
37. Dogba ♂	Fracture.	5	11	--
38. Gelogala ♂	Tumeur.	54	70	--
39. Bakayese ♂	Orchite.	70	78	--
40. Nagbara	Cystite.	6	16	--
41. Maria ♀	Mérite.	15	28	--
42. Asangesi ♀	Id.	35	51	--
43. Makanza ♂	Syphilis.	62	69	Autoagglutination
44. Idem	Syphilis traitée.	66	76	--
45. Bunge	Blennorrhagie.	27	--	--
46. Oudoli	} Élémentaire scrotal opéré.	25	--	--
47. Zune		10	--	--

Sujets paraissant en santé normale

48. A. D. (Européen.)	Néant.	1,5	4,5	--
49. Nemoso ♀	Id.	23	37	--
50. Angali ♂	Id.	32	50	--
51. Johan ♂	Id.	7	17	--
52. Ekombiasengame ♂	Id.	6	18	--
53. Mabalade	Id.	3	13	--
54. Afanza	Id.	36	50	Autoagglutination.
55. Adumana	Id.	15	35	Faible autoagglut.
56. Makusem	Id.	3	11	--
57. Bafundamaho	Id.	25	41	Autoagglutination.
58. Alphonse	Id.	5	10	--
59. Bula-Bula	Id.	20	38	--

La lecture des résultats se fait après 30 et 60 minutes. J'estime qu'il y a grand intérêt à faire une lecture rapide, la rapidité de chute surtout est caractéristique. Peut-être même y aurait-il avantage à faire la lecture après 15 minutes. Celle-ci se fait en apposant une règle graduée en millimètres le long du tube.

Après usage, les tubes sont lavés à l'eau — en utilisant seringue et aiguilles, — puis après lavage rigoureux, desséchés à l'alcool absolu, puis à l'éther.

Cette technique, très simple, me paraît suffisamment précise; en pareille matière les petites différences sont sans intérêt.

Pour résumer, la sédimentation de globules rouges, sans valeur diagnostique en Afrique, a probablement une certaine valeur pronostique. De nouvelles recherches chez l'indigène non-lépreux sont cependant nécessaires.

Sérologie. Je n'ai fait aucune recherche sur le test de Rubino. Ce test, en effet, ne m'a pas paru suffisamment utile. En outre, la littérature montre que les résultats ne sont pas assez souvent positifs dans les formes nerveuses et latentes, où précisément le diagnostic bactériologique est difficile. J'ai cru utile de soumettre à la réaction de Meinicke un certain nombre de lépreux, tant pour vérifier si cette réaction paraît positive dans la lèpre que pour se rendre compte de l'intensité de l'infection pianique ou syphilitique parmi nos malades.

La première question doit être résolue négativement.

En effet, sur 74 lépreux examinés il y a eu 46 résultats négatifs (dont 13 avec des antécédents de pian ou syphilis) et 28 résultats positifs dont 22 accusent des antécédents de pian ou syphilis.

D'autre part, sur 31 sujets divers non-lépreux et ne présentant pas de signes actuels de pian ou syphilis, il y a eu 22 résultats négatifs et 9 positifs (dont 6 avec des antécédents de pian ou syphilis). Chez 12 sujets avec des

diagnostics de pian ou syphilis, il y a eu 10 résultats positifs et 2 négatifs (sujets traités).

La différence des résultats positifs dans le groupe lépreux (37 %) et le groupe non-lépreux (29 %) me paraît insuffisante pour faire attribuer les réactions positives à la lèpre.

D'autre part, le pian est si abondant dans le pays et les lépreux mentionnent si souvent cette maladie qu'il paraît le plus légitime d'attribuer ces cas positifs au pian ou à la syphilis.

Dans ces conditions, la réaction de Meinicke, d'application si simple en pays primitif, me paraît utile à faire chez les lépreux et une réaction positive justifierait sans doute un traitement arsénical ou bismuthique.

L'ALLERGIE A LA TUBERCULINE CHEZ LES LEPREUX.

Je m'étais proposé d'étudier les réactions à la tuberculine chez les lépreux. En effet, cette question me paraît encore insuffisamment élucidée.

Il est plus ou moins classique d'admettre, depuis les recherches de Babes, que la tuberculine peut donner chez les lépreux des réactions générales indépendantes de toute infection tuberculeuse. Cet auteur utilisait le mode de réaction usité à cette époque, c'est-à-dire l'injection sous-cutanée.

Depuis, d'autres expériences ont été faites à ce sujet et ce avec des résultats assez variables. Jadassohn, qui les résume dans son article *Lèpre* du *Handbuch der Pathogenen Mikroorganismen*, conclut que « die Frage bedarf unzweifelhaft weiteren Studium ».

Par contre, un auteur ayant une grande expérience de la lèpre, Muir (*loc. cit.*), déclare que : « A positive tuberculin test is of little differential diagnostic value in such cases as it may be positive in both diseases ».

En réalité, dans les pays où la tuberculose est abon-

damment répandue, il paraît bien difficile d'éliminer des infections tuberculeuses latentes et même l'autopsie ne me paraît pas donner toute garantie à ce sujet.

L'étude des lépreux, dans certains pays primitifs où la tuberculose est éventuellement encore rare, présente à ce point de vue un vif intérêt.

Malheureusement, de tels pays sont difficiles à trouver. Même la région du Népoko, malgré le caractère primitif de ses habitants, le peu de durée de l'occupation européenne active, n'est pas non plus la région idéale. La tuberculose y est déjà assez répandue.

Je n'ai pu toutefois obtenir de renseignements sur des régions où les conditions seraient différentes et les rechercher personnellement m'aurait pris trop de temps. Au surplus, il ne suffirait pas que la tuberculose soit rare, il faut encore que la lèpre soit assez abondante et en outre que les lépreux soient réunis en villages spéciaux, sinon leur recherche serait laborieuse et la revision problématique.

Néanmoins, la comparaison entre les lépreux et la population non-lépreuse permet d'arriver à des conclusions de valeur.

Les méthodes de réaction à la tuberculine employées sont les suivantes :

1° La cuti-réaction selon von Pirquet. J'ai utilisé la tuberculine de Koch non diluée (tuberculine Institut Pasteur, Paris, ou Bayer-Meister Lucius ou Merck);

2° L'intradermo-réaction selon Mantoux (1/20 cc. de tuberculine brute diluée à 1/5000°);

3° L'intradermo selon Trambusti, recommandée par la direction du Service médical de la Colonie et dont la technique est la suivante selon la circulaire officielle :

« Tuberculine brute de Koch diluée à 5 % dans de l'eau phéniquée à 0,5 % (préparation extemporanée).

» Aiguilles de Pravaz flambées ou passées à l'alcool et

débarrassées de toute trace d'alcool par quelques coups de seringue.

» Lavage de la peau de la région deltoïde par de l'éther et de l'alcool.

» Plonger l'aiguille dans l'émulsion de tuberculine 1 centimètre au moins.

» Enfoncer l'aiguille dans le derme, parallèlement à la peau $\frac{1}{2}$ centimètre, lui imprimer quelques mouvements de rotation.

» Enlever l'aiguille plutôt lentement.

» Première contre-visite de contrôle : quarante-huit heures après.

» Deuxième contre-visite de contrôle : le cinquième jour.

» Prendre note du diamètre maximum de la zone pulpeuse, qui prend l'aspect poreux de la peau d'orange en soulevant un pli de peau. »

Personnellement, j'ai utilisé usuellement des aiguilles de platine, la stérilisation est alors facile et la technique rapide.

Quand on fait de nombreuses réactions, il est avantageux de monter l'aiguille sur une seringue, les doigts ont ainsi une meilleure prise. Enfin, j'ai utilisé plutôt la face palmaire de l'avant-bras. La peau deltoïdienne me paraît trop épaisse pour bien apprécier la réaction. A l'avant-bras, il faut pourtant avoir soin d'éviter les veines, ce qui est aisé.

Cette méthode est d'application très facile, la réaction positive est ordinairement d'appréciation nette.

Je n'ai pas utilisé la méthode transectanée selon Moro. Ce procédé m'a paru trop peu sensible et, en outre, peu pratique en masse.

Le revision a été faite usuellement après quarante-huit heures, parfois à vingt-quatre heures ou à septante-deux heures. Je n'ai pas fait la revision au cinquième jour conseillée par le D^r Trambusti. En effet, au cours d'essais faits à Pawa, j'avais noté que cela ne présentait pas d'avan-

tage et, dans la pratique indigène, il est peu aisé de revenir au cinquième jour, après être revenu au deuxième.

Quant à la facilité d'application, le procédé de Trambusti est peut-être le plus rapide et le plus simple. La cuti-réaction selon von Pirquet a l'avantage de rappeler la vaccination jennérienne et d'être ainsi bien acceptée des indigènes. La présence de la scarification témoin est aussi un avantage. L'intradermo-réaction classique est plus difficile en brousse.

Aussi, j'ai surtout employé les deux premiers procédés.

Quant à la sensibilité de ces méthodes, il paraît y avoir un léger avantage pour les intradermo-réactions, surtout la classique.

Dans un groupe de lépreux soumis à la cuti et à l'intradermo-réaction, celle-ci a indiqué comme positifs des sujets négatifs peu avant à la cuti-réaction.

Je crois, du reste, que cette sensibilité plus grande est surtout due au fait que l'intradermo-réaction est plus à l'abri des erreurs de technique (saignement, enlèvement de la tuberculine, etc.).

Les réactions douteuses sont aussi plus rares avec les intradermo-réactions et la lecture des résultats facilitée.

Pour ce qui regarde l'interprétation de résultats, tant avec la cuti-réaction qu'avec l'intradermo-réaction, les réactions douteuses ont été réunies aux négatives. Il n'est pas ordinairement possible chez les noirs de tenir compte de l'érythème, il faut noter seulement l'empâtement.

Seuls les empâtements atteignant au moins 5 millimètres de diamètre ont été notés comme positifs (positif faible), vers 1 centimètre, on note les résultats comme positifs nets et au delà entre 1 et 2 centimètres comme très fortement positifs; il y a, du reste, usuellement dans ce cas vésiculation et même ulcération.

La majorité des réactions, aussi bien dans le groupe lépreux que le groupe non-lépreux, appartiennent au premier type.

TABLEAU III.

LIEUX. TYPES. — POPULATION.	MÉTHODE.	Nombre réactions.	Nombre révisions	Hommes vus positifs.	%	Femmes vus positives.	%	Enfants vus positifs.	OBSERVATIONS.
BABONDE :									
Lépreux	Tramb.	24	41	9 = 4	44,4	1 = 1	—	1 = 0	
Indig. (Abede-Geresabogoso, Chef Anzebogo)	Tramb.	231	470	401 = 39	38,6	50 = 41	92,2	49 = 5	
ZATUA :									
Lépreux (chef Anzebogo)	Tramb.	26	22	17 = 5	—	4 = 1	—	1 = 0	
KAPEPULA :									
Lépreux (chef Anzebogo)	Tramb.	41	41	2 = 1	—	9 = 1	—	—	
BAFVABAKA :									
Chef Anzebogo	Tramb.	96	84	84 = 33	39,2	(Recrutement)		—	9 + ont été en service antérieurs dans postes de blancs.
	Cuti.	—	491	164 = 33	20,1	27 = 5	18,5	—	
Mission, Séminaire	Cuti.	33	33	33 = 2	6	(Adolescents)		—	Jeunes sujets de divers points du vicariat.
Id. Filles	Cuti.	36	36	—	—	36 = 1	2,7	—	
Id. Travailleurs.	Cuti.	74	74	74 = 18	24,3	—	—	—	4 ont résidé dans postes européens.
Id. Ecole	Cuti.	134	134	—	—	—	—	134 = 6 4,4%	Les plus petites classes ont été négligées.
WAMBA :									
Lépreux	Cuti et Tramb.	45	45	23 = 12	52,1	18 = 9	50	4 = 1	Surtout cuti.
Travailleurs	Cuti.	—	239	239 = 55	23	—	—	—	Quelques Trambusti.

TABLEAU III (suite).

LIEUX. TYPES. — POPULATION.	MÉTHODE.	Nombre réactions.	Nombre révisions.	Hommes vus positifs.	%	Femmes vus positives.	%	Enfants vus positifs	OBSERVATIONS.
PAWA :									
Lépreux	Cuti.	93	92	56 = 44	25	32 = 8	25	4 = 0	
Lépreux	Intra.	81	76	43 = 13	30,2	29 = 8	27,5	4 = 0	Même groupe que ci-dessus.
Lépreux	Intra.	80	80	31 = 11	35,4	49 = 8	46,3	—	
Lépreux	Tramb.	61	60	34 = 12	35,2	26 = 2	7,6	—	
Travailleurs	Tramb.	97	89	89 = 24	26,9	—	—	—	Résidents à Pawa.
Travailleurs	Cuti.	400	400	100 = 18	18	—	—	—	
Travailleurs tempo- raires	Tramb.	90	90	90 = 16	17,7	—	—	—	Indigènes des envir.
BENGWE :									
Lépreux	Tramb.	32	32	24 = 7	29,1	6 = 0	0	—	Deux cas incertains au point de vue diagnostic non comptés.
ENDUMBAI :									
Indigènes (Chefferie Abiengama)	Cuti.	195	157	70 = 27	38,5	66 = 11	46,5	21 = 0	
MOBANGAPA :									
Indig. (Abiengama)	Cuti.	287	249	95 = 17	17,8	121 = 2	1,6	-31 = 1	
	Tramb.	135	47	19 = 10	—	14 = 6	—	14 = 0	Les circonstances de la revision ont été défavorables. On peut supposer qu'il y a là sélection des cas +.
EGOBA :									
Lépreux	Tramb.	26	24	14 = 3	21,4	10 = 3	30	—	
BASEBUO-AGBAKA :									
Indig. (Abiengama)	Tramb.	206	174	67 = 15	22,3	77 = 13	46,8	30 = 2	

Populat. O. Enfants travailleurs Ecole-Pawa.	145	124	3 = 2	—	88 = 19	21,5	33 = 3	Adolescents.
KOTINAI :								
Lépreux Ibambi	92	92	42 = 14	33,3	49 = 6	12,2	1 = 0	
Non-lépreux à la lé- proserie	43	43	40 = 2	20	3 = 0	—	—	
Indigènes Kotinai Ibambi	124	100	65 = 24	36,9	30 = 4	13,3	5 = 0	
Pygmées	207	450	41 = 11	26,8	81 = 14	17	28 = 5	
	8	5	3 = 0	—	2 = 1	—	—	
ISIRO :								
Lépreux	86	86	dont 5 résultats positifs. (Sexes non séparés) 5,8%					Adultes.
Soldats	14	14	14 = 4	28,5	—	—	—	
Indigènes. Tongolo	91	91	91 = 21	21,2	—	—	—	
Prison	75	75	75 = 17	22,6	—	—	—	Indigènes de la chef- ferie Tengu surtout.
	55	55	55 = 8	14,5	—	—	—	(Sexes non séparés.) Adultes. (Males adultes.)
POKO :								
Lépreux	15	45	dont 3 résultats positifs (20%).					(Sexes non séparés.) Adultes. (Males adultes.)
Prison. Hôpital	25	25	dont 4 résultats positifs (16%)					
Travailleurs	32	32	26 = 11	42,3	6 = 1	16,6	—	Examens faits par M. Wary (C. R. C.).
Infirmeries								
Indigènes Dibakubay.	406	77	36 = 7	19,4	30 = 3	10	41 = 2	

Le tableau III indique, village par village, les résultats des cuti-réactions, tant chez les lépreux que dans les populations pouvant servir de contrôle. J'ai négligé dans mes comparaisons les résultats à Avakubi pour les raisons suivantes : éloignement assez notable de la zone d'étude des lépreux, absence d'étude des lépreux dans cette région. Au surplus, le pourcent très élevé des résultats positifs en ce pays ne modifierait certes pas les résultats.

L'étude de ce tableau montre :

1° Le pourcent des résultats positifs dans la lèpre n'avoisine jamais 100 %. Il a atteint plus ou moins 50 % en 2 cas à Wamba et à Babonde. Dans chaque cas, il s'agit de séries assez petites. Dans chacun de ces endroits, le pourcent est très élevé aussi chez les adultes normaux.

En outre, à Wamba, les lépreux habitent non loin de l'hôpital et y viennent pour pansements, etc. Ils ont pu être là en contact avec des tuberculeux. Le pourcent des résultats positifs de l'ensemble des lépreux — 551 individus — s'élève à 22,8 % (126+);

2° Si l'on étudie les divers types cliniques de la lèpre : maculeux, nerveux, tubéreux, on ne trouve chez aucun type une réponse régulièrement positive. Il semble pourtant que si l'allergie tuberculinique était liée à un état particulier de l'évolution de la maladie, l'un ou l'autre type clinique devrait le réaliser.

A dire vrai, les sujets à forte infection cutanée (tubéreux et mixtes) ont donné un chiffre sensiblement plus fort de cuti-réactions positives. Ils ont atteint près de 50 %. Toutefois, la série est assez petite (46 cas dont 22 positifs);

3° Le pourcent des résultats positifs est assez variable d'endroit à endroit. Pareille constatation est peu favorable à l'attribution à la lèpre du rôle causal. Par exemple :

A Wamba, le pourcent est de près de	50 %	} adultes.
A Pawa, le pourcent est de . . .	24.1 %	
A Ibambi, le pourcent est de . . .	21.6 %	
A Isiro, le pourcent est de . . .	5.8 %	

Cette variation est plus conciliable avec l'inégale répartition de la tuberculose;

4° Le pourcent des résultats positifs est nettement inférieur chez les enfants lépreux et les femmes lépreuses. Je n'insiste pas sur la série des enfants lépreux, vraiment trop petite (11 cas dont 1 positif), mais la série des femmes est à peu près de même importance que la série des hommes. Sur 252 hommes lépreux, il y a eu 83 résultats positifs, soit 32.9 %; sur 204 femmes lépreuses, il y a eu 37 résultats positifs, soit 18.1 %.

Pareille différence est inexplicable, si l'on attribue les résultats positifs à la lèpre. Elle s'explique aisément si l'on attribue ces réactions à la tuberculose et il y a concordance avec la distribution de la tuberculose. Celle-ci, en effet, est plus rare chez les enfants — comme partout au monde — et chez les femmes (12.9 %, contre 27 % hommes) qui restent plus à l'abri des contaminations.

5° Notons enfin que, usuellement, le pourcent des cuti-réactions positives est aussi élevé dans la population banale que chez les lépreux. Tel est à peu près le cas à Pawa, par exemple (1), exactement à Ibambi; à Isiro le pourcent des cuti-réactions positives est nettement inférieur chez les lépreux. A Babonde, la situation est inverse, mais la série de lépreux est très petite. A Wamba aussi, la situation est inverse, mais là, outre la petitesse de la série, il faut tenir compte du voisinage de l'hôpital, source possible d'infection tuberculeuse.

Il est toujours bien, du reste, de songer à la présence possible d'un tuberculeux parmi les lépreux lorsque ceux-ci sont groupés en village.

Cette seule présence pourrait élever sensiblement le

(1) Il y a un certain excès chez les lépreux en comparaison des indigènes de la région, mais il faut tenir compte du fait qu'à Pawa, il y a un sanatorium pour tuberculeux, avec toujours quelques pensionnaires. On remarquera, du reste, le chiffre élevé des travailleurs les plus anciens (26.9 % au Trambusti) et de leurs femmes (21.5 %).

pourcent des réponses positives. Dans l'ensemble, les réactions ont porté sur 551 individus lépreux (le nombre de réactions est supérieur), avec 126 résultats positifs (22.8 %); sur 3,041 sujets normaux revus — Avakubi exclu —, il y a eu 657 résultats positifs, soit 21.6 %. Si, de part et d'autre, on ne considère que les adultes, on trouve : adultes lépreux 540 et 125 résultats positifs (23.1 %), adultes non-lépreux 2,672 et 623 résultats positifs (23.3 %).

De cet ensemble de faits me paraît se dégager la conclusion que la lèpre par elle-même ne crée pas d'allergie à la tuberculine et que si un lépreux présente une réaction positive, c'est signe d'infection discrète ou patente par le bacille de Koch.

Mon opinion est donc identique à celle d'Evans ⁽¹⁾ et de M. Adant ⁽²⁾.

On pourrait objecter que les résultats positifs dans la population banale sont dus, non à la tuberculose, mais à une infection lépreuse latente. La tendance actuelle est, en effet, d'admettre en matière de lèpre des infections restant inapparentes jusqu'à ce que quelque cause de diminution de résistance de l'organisme vienne en accélérer l'évolution.

A dire vrai, cette hypothèse est assez fragile et repose surtout sur la constatation de bacilles chez des sujets paraissant normaux et peut-être sur les résultats obtenus par Bargehr avec sa lépromine.

Remarquons que pareille hypothèse — si l'on néglige la tuberculose — aboutirait à admettre une extraordinaire diffusion du bacille de Hansen, puisque le chiffre des résultats positifs est à peu près le même dans le groupe lépreux et le groupe non-lépreux de la population.

C'est là évidemment quelque chose de difficile à supposer.

(1) *Brit. Journ. of Dermat. and Syph.*, 1930, n° 504, p. 443.

(2) *C. R. Soc. de Biologie*, 1931, 26 septembre.

En outre, cette hypothèse serait légitime et même peut-être nécessaire si la tuberculose était inconnue dans la région. Il n'en est rien et les rapports des médecins de la Croix-Rouge ont, dès le début de l'activité médicale dans le pays, signalé d'assez nombreux cas de tuberculose.

Moi-même j'ai pu, grâce à l'obligeance de mes confrères de la Croix-Rouge, examiner et étudier un certain nombre de cas de tuberculose.

En un laps de temps assez court — cinq mois, — j'ai eu l'occasion de voir 11 malades dont 9 sont certainement tuberculeux; les deux autres pouvaient être atteints de lèpre pulmonaire. Tous ces cas sont nettement du milieu indigène.

Des doutes se sont élevés dans certains esprits sur la nature exacte de cette tuberculose dans ce pays lépreux. Les observations sommaires résumées dans le tableau IV ci-joint montreront bien qu'il s'agit de tuberculose : les signes cliniques sont nettement ceux de la tuberculose, les signes de lèpre sont usuellement absents ou incertains (n° 2), dans deux cas (n° 8 et 11), il peut s'agir à la rigueur de lèpre pulmonaire; j'en doute cependant fort (1).

Les inoculations aux cobayes ont été diverses fois positives; à dire vrai, l'infection du cobaye est assez discrète et le bacille d'une curieuse rareté. La souche de bacille a été ramenée en Europe et sera étudiée ultérieurement.

Enfin, l'autopsie du n° 5 a montré une tuberculose authentique : Autopsie (sommaire). Kulaasalengi, femme.

Abdomen : foie jaune avec vaisseaux dilatés au centre des lobules. — Rate : petite, fibreuse. — Reins : petits, pâles et un peu fibreux, se décortiquant bien cependant.

Tube digestif et organes génitaux : rien à noter. Péritoine=0, ganglions=0.

Thorax : cœur : rien à noter.

(1) En effet, l'insuccès d'une inoculation au cobaye doit être interprété avec prudence (voir cas n° 2) avec cette sorte de bacille.

NOMS. — SEXE. — AGE. ORIGINE.	DURÉE.	ETIOLOGIE.	SYMPTOMES FONCTIONNELS.
1. Bogoya ♀, 40 ans. — Endumbai (Abiengana).	Au minimum 5-6 ans.	Milieu indigène. Pas de contacts connus avec l'Européen.	Toux. Expectoration parfois un peu saignante. Amaigrissement notable. Cachexie.
2. Turuba ♂, 40 ans. — Tomu-Magbai	4 ans.	Relations très vagues avec l'Européen; ne parle guère les langues véhiculaires.	Toux. Expectoration. Etat général assez bon.
3. Bondoa ♀, 45 ans. — Tomu-Maika	3 ans.	Milieu indigène.	Toux. Expectoration. Etat général médiocre. Dyspnée.
4. Negwapara ♂, 60 ans. — Negbondo-Kotinaï . . .	2 ans.	Milieu indigène. Relations vagues avec l'Européen; ne parle pas les langues véhiculaires.	Toux modérée. Expectoration. Douleurs côté gauche. Etat général médiocre.
5. Kulaassalingai ♀, 40 ans. — Région Poko, mais a habité Mobangapa (Abiengama)	1 an.	Milieu indigène.	Dyspnée intense. Tachycardie. Œdème. Toux. Expectoration.
6. Nekosaba ♀, 25 ans. — Poko (Geifu)	1 an.	Milieu indigène.	Toux. Expectoration. Amaigrissement. Etat général assez bon.
7. Nakusala ♀, 30 ans. — Abati-Isiro	2½ ans.	Milieu indigène.	Toux. Expectoration. Etat général assez bon.
8. Namungoni ♂, 20 ans. — Kotinaï. Village lépreux.	—	Milieu indigène.	Toux. Expectoration. Etat général médiocre.
9. Ngwefa ♀, 55 ans. — Kotinaï	1 an.	Milieu indigène, mais son fils est catéchiste de mission (bien portant du reste).	Toux. Expectoration. Etat général médiocre.
10. Gelami ♀, 18 ans. — Tongolo. Isiro	6 mois.	A été en relation avec un Européen non malade, du reste, semble-t-il.	Toux. Aphonie. Fièvre.
11. Busu ♂. — Zatua-Anzebogo.	?	Milieu indigène, mais a résidé à Pawa, où il y a des tuberculeux en traitement.	Aphonie. Toux. Expectoration.

IV.

EXAMEN OBJECTIF.	SIGNES LÈPRE.	BACTÉ- RIES	CUTI- RÉACTION.	INOCULATION : COBAYE.	REMARQUES.
Diminution sonorité poumon droit. Respiration rude à droite. En haut râles secs et humides en bas.	Néant.	+Assez rares.	Intra ++ Tramb ++	Positive.	
Diminution sonorité poumon gauche. Craquements nombreux dans tout le poumon gauche.	Une tache cuivrée dos=1 bacille. Pas d'anesthésie	+Assez rares.	Tramb +faible.	1 ^{re} négative. 2 ^e positive.	Lèpre débutante probable, +Tuberculose.
Submatité sommet droit avec respiration sifflante et exagération vibrations.	Néant.	+Rares.	Tramb +faible.	Positive.	
Râles nombreux dans tout le poumon gauche.	Néant.	++	Tramb +faible.	Positive.	
Bases peu sonores. Respiration rude. Exagération vibration au sommet droit.	Néant.	+Rares.		Positive.	Tuberculose en voie de généralisation pulmonaire. (Voir autopsie.)
Submatité sommet droit. Râles et craquements dans tout le poumon droit.	Néant.	+			
Diminution sonorité sommet gauche. Râles et craquements sommet gauche.	Néant.	+			
Râles et craquements sommet gauche.	Lèpre mixte tubéreuse et nerveuse.	+Assez rares.	++Cuti.	1 ^{re} négative.	Lèpre pulmonaire ?
Râles et craquements sommet gauche.	Néant.	+Rares.		Positive.	
Diminution sonorité des deux sommets. Petits râles dans les deux poumons.	Néant.	+			
N'a pu être examiné cliniquement.	Lèpre tubéreuse.	++	++	En cours : négative après deux mois.	Lèpre pulmonaire et laryngée?

Poumon gauche : adhérent fortement. — A la base une caverne de quatre centimètres de diamètre, tout autour et dans tout le poumon, granulations caséuses de la grosseur d'un grain de blé.

Poumon droit : lobe inférieur = néant, lobe supérieur = petite caverne entourée de fibrose avec semis de tubercules jaunâtres tout autour.

Cet ensemble de faits ne permet pas d'hésiter à attribuer ces cas à la tuberculose authentique.

Il semble qu'assez souvent la tuberculose évolue d'une façon plutôt lente et qui n'est pas sans se rapprocher quelque peu de notre tuberculose européenne. Les cas de Bogoga, de Turúba, de Bondoa, de Negwapara, de Nakusala sont à signaler. Leur évolution est bien différente de l'évolution des cas de tuberculose que nous avons coutume de voir à Léopoldville, en 1911. Alors l'évolution clinique était rapide et les généralisations fréquentes. La mort survenait dans les trois ou quatre mois qui suivaient l'entrée à l'hôpital. Tel paraît être encore le cas au Katanga, selon Van Nilsen ⁽¹⁾ et en 1924-1925, à Stanleyville ⁽²⁾. Dans le Bas-Congo, actuellement, la situation rappellerait plutôt celle que nous observons au Népoko : marche modérément rapide, allure plus européenne, quoique encore plus évolutive ⁽³⁾. L'explication de ces différences d'évolution me paraît être, d'une part, à attribuer à des questions d'alimentation. A Léo, en 1911, les noirs étaient sûrement mal nourris et dans de mauvaises conditions d'hygiène. Au Népoko, la situation est meilleure.

Mais surtout il faut attribuer de l'importance à la prémunition : les noirs du Népoko, par leur chiffre de cuti-réactions positives, se rapprochent de l'Européen; la pré-

(1) *Bulletin Médical*, 8 novembre 1931, n° 2, p. 38.

(2) VAN HOOFF, CLEVERS, DONADIO, *Ann. Soc. belge de Méd. tropic.*, 1926, t. VI, fasc. 2, p. 183; voir aussi FORNARA, *Riv. Méd. de Angola*, vol. V, p. 221.

(3) VAN DEN BRANDEN, FORNARA, STAUB, *Ann. Soc. belge de Méd. tropic.*, 1926, t. VI, fasc. 3, p. 235.

muniton accompagne l'allergie et la résistance à la tuberculose est plus notable.

On peut se demander quelle est l'origine de cette tuberculose du Népoko, largement diffusée dans le milieu indigène.

On attribue volontiers la diffusion de la tuberculose au Congo à l'occupation européenne et la chose ne paraît guère douteuse en des postes comme Léopoldville, Boma, etc., grands centres européens. Dans le Népoko, cette explication paraît plus difficilement acceptable. L'occupation européenne dans la région est au fond assez peu intense et de date assez récente. L'occupation certainement plus intense de l'Uele, par exemple, n'avait pas, en 1915-1916, amené une pareille diffusion du bacille de Koch, à en juger par mes souvenirs cliniques.

De même au Kasai, en 1921-1922, je ne rencontrais pratiquement pas de tuberculose, malgré une assez forte pénétration européenne, récente, à dire vrai.

Faut-il attribuer l'origine de la tuberculose aux Arabisés (1) ?

En fait, la région du Népoko est l'extrême limite où s'étendit la vague arabe et les Arabisés eurent divers postes dans le pays. Pourtant, rien ne me permet d'affirmer quoi que se soit en cette matière. Les Arabisés ne furent jamais qu'une minorité de chefs et leur rôle comme vecteurs de germes me paraît incertain. Je n'oserais conclure du grand nombre de cuti-réactions positives à Avakubi, chez des Arabisés, au rôle causal de ces derniers. L'inverse peut aussi être vrai, c'est-à-dire que les Arabisés se sont infectés au contact de cet ancien poste qu'est Avakubi.

Pendant la guerre, le Népoko fournit de nombreux porteurs: en outre, il a envoyé des travailleurs aux mines d'or et à diverses industries des environs.

(1) J'ai retrouvé cette hypothèse, corroborée par des observations dans le travail cité plus haut de Van Hoof et collab.

La solution de cette question est actuellement difficile.

Elle exigerait des recherches étendues dans divers types de population indigène du pays, ce qui sortait du but de mon voyage. On pourrait peut-être alors apprécier l'importance de l'apport européen. Notons en passant que, ayant fait quelques cuti-réactions chez des pygmées, j'ai pu en revoir 5 dont 1 nettement positif. Cela donne une idée de l'indigénisation de la tuberculose dans le pays.

REACTIONS CUTANÉES A LA LÉPROMINE.

Quelques cuti-réactions ont été faites avec une lépromine fabriquée de la façon suivante, selon Bargehr (1) :

Les lobules des oreilles, très infiltrés et bourrés de bacilles, sont enlevés à la femme Nato. Le tissu est découpé en tous petits morceaux, bouilli une heure au bain-marie avec quelques centimètres cubes d'eau, puis phéniqué à 1 %. On obtient ainsi un liquide trouble, mais se clarifiant par dépôt.

Il est employé après agitation, selon le procédé de von Pirquet, et les contrôles faits 3 fois, à 30 minutes-2 heures, à 4-6 heures, à 24-48 heures.

54 lépreux n'ont, dans ces conditions, montré aucune réaction appréciable, quelle que soit la forme de la lèpre.

39 sujets non-lépreux, mais vivant en contact intime avec eux, ont été aussi tout à fait négatifs.

1 sujet de ce groupe a paru légèrement positif. Il s'agit d'un sujet à cuti-réactions à la tuberculine fortement positive et du reste un peu suspect de tuberculose.

Les résultats ne sont donc que partiellement conformes à ceux de Bargehr, c'est-à-dire que les lépreux, en effet, ne réagissent pas, mais les sujets vivant à leur contact ne réagissent pas davantage.

(1) *Zeitschr. f. Immunitäts Forschung*, 1926, vol. 39.

CHAPITRE III.

TRAITEMENT.

J'ai considéré comme extrêmement important et utile d'étudier les résultats du traitement aux éthyl-éthers de Chaulmoogra mis en œuvre à Pawa depuis quatre ans. Il est malheureusement assez difficile de se faire une opinion nette sur la valeur de ce traitement. Cela pour deux raisons : une générale, l'irrégularité de l'évolution de la lèpre et, éventuellement, sa tendance spontanée à l'amélioration et parfois à la guérison.

L'autre raison est locale : parmi les lépreux en traitement, il y en a beaucoup qui l'ont été de façon irrégulière, tant à cause de la négligence habituelle du noir qu'à cause de la tolérance locale médiocre du produit.

Beaucoup d'observations ne méritent donc pas d'être retenues, le total du produit injecté étant en dessous de ce que l'on peut considérer comme le minimum efficace.

D'autres lépreux ont reçu des doses plus fortes, pouvant faire espérer des résultats thérapeutiques favorables. Malheureusement, les observations de début ne sont pas usuellement assez détaillées et il est difficile dans ces conditions de savoir si le sujet s'est amélioré ou non.

J'ai donc procédé de façon indirecte : ayant choisi les individus qui avaient, selon les tableaux de traitement, reçu des doses totales assez fortes, j'ai essayé de voir s'ils pouvaient être considérés : *a*) comme guéris, sans symptômes ni bacilles; *b*) comme stabilisés, sans symptômes actifs et bacilles absents ou très rares; *c*) comme certainement non-guéris (symptômes actifs, bacilles assez nombreux ou très nombreux) (1).

(1) Il faut avouer que le classement à la rubrique B est souvent assez subjectif et a plutôt une valeur d'impression que de certitude. D'autant plus que l'état peut se modifier après une période de stabilisation apparente.

J'ai étudié les individus qui avaient reçu au moins 300 cc. d'éthyl-éther. Voici les observations sommaires des sujets examinés :

A. — Sujets guéris sans symptômes ni bacilles.

1. Bassiani. — Homme 30 ans. — Serait malade depuis cinq ou six ans. — A reçu 500 cc. E.-E. État général bon. Macules discrètes et peu nombreuses des fesses. Ni cicatrices, ni mutilations, ni anesthésie. Une ulcération superficielle au genou, de nature inconnue. Signale quelques douleurs dans les jambes. Absence de bacille. Le sujet paraît guéri, soit en tout cas stabilisé. L'état antérieur n'est pas connu de façon précise, d'après quoi le diagnostic a été posé. Guérison ?

2. Ngomai. — Homme 25 ans. — A reçu 680 cc. E.-E. — La maladie remonterait à neuf ans. Actuellement, état général bon et absence de signes subjectifs. Macules très discrètes aux membres. Ni cicatrices, ni ulcères, ni tubercules, ni mutilations. Il existe une petite zone anesthésique dans une macule de la fesse. Examen bactériologique négatif. État antérieur non connu de façon précise ni d'après quoi le diagnostic a été posé. La maladie paraît en tout cas à peu près éteinte. Guérison ?

REMARQUE. — Cette note était rédigée quand J. I. Ury m'avertit qu'un examen récent (mars 1932) venait de révéler une légère infiltration de la lèvre et quelques bacilles.

B. — Sujets plus ou moins stabilisés avec symptômes peu actifs et bacilles rares.

1. Bagbai. — Homme 30 ans. — Serait malade depuis trois ou quatre ans. — A reçu 444 cc. E.-E. Présente une macule sur la fesse gauche. Ni cicatrices, ni tubercules, ni ulcères, ni mutilations, ni anesthésie. Examen bactériologique négatif dans les ganglions épitrochléens; positif dans les taches. Se plaint de douleurs dans les membres. Lèpre peu active, stabilisée.

2. Endumbai. — Homme 25 ans. — Serait malade depuis cinq ans. — A reçu 308 cc. E.-E. Actuellement, état général bon. Se plaint de quelques douleurs dans les bras. Macules vastes et pâles des membres. Ni cicatrices, ni tubercules. En décembre 1931, petite ulcération d'allure banale au gros orteil. Pas de mutilations. Anesthésie superficielle des mains et genou

gauche. Examen bactériologique, tantôt positif, tantôt négatif dans les taches ou ganglions.

3. Badoka. — Femme 25 ans. — Maladie ancienne. — A reçu 300 cc. E.-E. Actuellement, état général bon. Se plaint de douleurs dans les jambes. Pas de macules. Cicatrices bulleuses des coudes et des genoux, petites cicatrices périombilicales. Ni ulcération, ni tubercules. État pachydermique des jambes et des pieds. Anesthésie aux extrémités, aux coudes et aux genoux. Pas de mutilations. Examen bactériologique une fois négatif, une fois positif dans le mucus nasal.

4. Zangopa. — Homme 35 ans. — Maladie ancienne. — A reçu environ 470 cc. E.-E. État général bon. Se plaint de douleurs articulaires. Albuminurie notable. Macules assez discrètes, mais étendues, non anesthésiques (fesses, tronc). Cicatrices bulleuses coudes et genoux. Petites ulcérations acrotériques main gauche (résiduelles). Ni grands ulcères, ni tubercules. Mutilations notables mains et pieds apparues en partie en cours de traitement. Anesthésie superficielle aux extrémités. Examen bactériologique positif dans les taches; bacilles rares. Les douleurs, l'existence de macules non anesthésiques, la présence de bacilles rares font conclure à la non-guérison. L'état général est bon et la maladie peu active en ce moment. Le pronostic est réservé vu l'état du rein.

5. Fundi. — Homme 59 ans. — Maladie ancienne. — A reçu 630 cc. E.-E. État général bon. Se plaint de douleurs articulaires. Macules hypochromiques discrètes, non anesthésiques. Cicatrice bulleuse à un genou. Cicatrices d'ulcères aux pieds et aux jambes. Ni ulcères en activité, ni tubercules. Lésions acrotériques discrètes aux pieds, non progressives (apparues en cours de traitement). Anesthésie superficielle aux extrémités. Examen bactériologique : très rares bacilles (taches). Cas paraissant stabilisé, mais la présence de bacilles, de macules, doit faire réserver l'avenir.

6. Soma. — Femme 40 ans. — Maladie très ancienne. — A reçu 384 cc. E.-E. État général bon. Se plaint de douleurs articulaires. Macules cuivrées assez nombreuses au tronc. Ni cicatrices nettes, ni ulcérations, ni tubercules. Il n'existe comme mutilation qu'une altération du petit orteil droit (?). Anesthésie superficielle : une tache (en partie) et extrémités. Examen bactériologique : 25 juin 1931, un positif. Ultérieurement négatif. Les macules, la présence de bacilles rares font réserver l'avenir.

7. Mandugpa. — Homme 25 ans. — Bon état général. — A reçu 440 cc. E.-E. Se plaint de douleurs mains et pieds. Pas de macules sûrement lépreuses. Cicatrices bulleuses coudes et genoux. Cicatrices blanches au trochanter, fesses. Mutilations étendues, macules, deux plaies apparues en cours de traitement. Anesthésie superficielle des extrémités. Cubital gauche plus gros que l'autre. Examen bactériologique : négatif. Cas de lèpre nerveuse, peu active actuellement, mais l'hypertrophie du cubital, les douleurs, font admettre la possibilité d'une évolution ultérieure.

8. Mutambo. — Homme 40 ans. — Bon état général. — A reçu 450 cc. E.-E. Pas de macules. Cicatrices bulleuses coudes et genoux. Un petit ulcère au genou gauche. Mutilations des mains et un peu des pieds, apparues en partie en cours de traitement. Anesthésie superficielle aux extrémités. Examen bactériologique : 27 août 1931, positif (mucus nasal). Douleurs jambes et bras. Cas de lèpre nerveuse peu active actuellement, mais la présence de bacilles est à noter.

9. Bondiangomanokai. — Homme 25 ans. — Bon état général. — A reçu 330 cc. E.-E. Macules cuivrées rares anesthésiques. Atrophie musculaire et déformation de la main gauche. Anesthésie superficielle de la main gauche. Examen bactériologique positif (taches). Lèpre actuellement peu évolutive, non guérie. Pronostic ?

10. Apala. — Homme 25 ans. — Bon état général. — Se plaint de douleurs articulaires. A reçu 370 cc. E.-E. Macules discrètes aux cuisses. Cicatrices petites aux coudes et aux genoux. Mutilations modérées mains et un pied, apparues en cours de traitement. Anesthésie superficielle aux extrémités. Examen bactériologique négatif (ganglions). Pendant mon séjour, en décembre, l'index droit se gonfle, devient douloureux et suppure; la lèpre paraît donc devoir progresser. Il est cependant difficile d'éliminer sûrement une infection locale surajoutée. L'absence de bacilles me le fait classer dans cette section B (?).

11. Ganzi. — Homme 25 ans. — A reçu 360 cc. E.-E. État général bon. Macules assez nombreuses, mais discrètes, lésions acrotériques mains et pieds. Mal perforant au pied gauche. Anesthésie superficielle aux extrémités. Se plaint de douleurs dans les membres. Examen bactériologique : plusieurs fois

négatif. Lèpre nerveuse ne paraissant pas guérie; peu active pour l'instant.

12. Ambinayo. — Homme 35 ans. — Maladie ancienne. — A reçu 660 cc. E.-E. Très bon état général. Peu ou pas de phénomène subjectif. Nombreuses macules cuivrées sur tout le corps. Ni mutilations, ni ulcères, ni anesthésie. L'examen bactériologique, qui a été positif (1 bacille) en juin, a depuis lors été plusieurs fois négatif. En octobre 1931, de petits amas rougeâtres de nature imprécise ont été notés dans les frottis de ganglions. La présence de nombreuses macules non anesthésiques fait réserver l'avenir.

13. Basekemane. — Homme 25 ans. — A reçu 350 cc. E.-E. Bon état général. Rares taches cuivrées étendues du tronc. Pas de mutilations. Sensibilité superficielle intacte, sauf une partie du pied gauche. Examen bactériologique : plusieurs fois positif. L'affection, qui remonte à l'enfance, est remarquablement peu évolutive. La présence de bacilles doit faire porter un pronostic réservé.

14. Akumbele. — Femme 25 ans. — Maladie ancienne. — A reçu 300 cc. E.-E. État général bon. Macules peu appréciables. Cicatrices typiques aux coudes et aux genoux. Mutilation grave des mains, faible des pieds. Anesthésie superficielle aux extrémités. Examen bactériologique : plusieurs fois négatif. Lèpre nerveuse peu active. Influence du traitement ?

15. Gwambeni. — Homme 30 ans. — Mal fort ancien. — A reçu 370 cc. E.-E. État général médiocre. Macules hypochromiques aux fesses et aux cuisses. Mutilation et déformation prononcées mains et pieds. Anesthésie superficielle. Examen bactériologique : diverses fois négatif. En cours d'observation apparaît un ulcère à la plante du pied droit. Lèpre nerveuse peu active ne paraissant pas guérie.

16. Dumbi. — Homme 30 ans. — A reçu plus de 600 cc. E.-E. Bon état général. Macules peu appréciables. Une petite cicatrice coude gauche. Maux perforants en activité aux pieds. Anesthésie superficielle assez étendue. Examen bactériologique : négatif. Lèpre peu évolutive, mais les maux perforants sont cependant suspects.

17. Dumbi (Psoa). — Homme 35 ans. — A reçu 330 cc. E.-E. État général bon. Macules peu appréciables. Pas de mutilations. Petite zone anesthésique superficielle aux deux pieds.

L'examen bactériologique, qui a été positif en juillet 1931, a depuis lors été quatre fois négatif. Si cette négativité persistait, peut-être faudrait-il le noter dans les guérisons.

18. Adandeni. — Homme 30 ans. — État général bon. A reçu 410 cc. E.-E. Macules vastes, mais discrètes. Un orteil disparu. Anesthésie superficielle dans certaines parties des taches et à la main. Examen bactériologique : une fois positif, quatre fois négatif dans les taches. En cours d'observation développe une ulcération au gros orteil gauche. Lèpre paraissant peu active.

19. Agamabonbi. — Homme 35 ans. — A reçu 500 cc. E.-E. État général bon. Macules nombreuses tronc et cuisses. Une petite cicatrice d'un coude. Les extrémités présentent quelque tendance aux lésions acrotériques. La sensibilité superficielle est troublée, mais difficile à apprécier faute d'intelligence du sujet. Examen bactériologique : négatif.

20. Adibo. — Homme 30 ans. — Mal remontant à quatre ou cinq ans. — A reçu 320 cc. E.-E. Bon état général. Macules nombreuses non anesthésiques. Cicatrices coudes et genoux. Anesthésie superficielle aux extrémités, aux coudes et aux genoux. Nerfs cubitiaux volumineux. Examen bactériologique : négatif dans les taches, positif dans le mucus nasal.

21. Dei (Makoda). — Homme 40 ans. — Mal remontant à huit ans. — A reçu 450 cc. E.-E. Macules diverses du tronc. Cicatrices des coudes et des genoux. Un ulcère en activité au pied gauche. Lobule de l'oreille un peu épaissi. Tendance aux mutilations des mains et des pieds. Nerfs cubitiaux volumineux. Anesthésie superficielle aux extrémités. Examen bactériologique : négatif dans les taches et ganglions, positif dans les lobules de l'oreille.

C. — Sujets non guéris avec symptômes actifs et bacilles plus ou moins nombreux.

1. Abutu. — Homme 30 ans. — Maladie remontant à cinq ans. — A reçu environ 400 cc. E.-E. État général bon. Se plaint de douleurs articulaires. Pas d'albuminurie. Lèpre tubéreuse avec tubercules modérément développés aux oreilles, à la face, au nez, aux paupières, infiltrations aux jambes et petites ulcérations. Anesthésie superficielle à la main gauche, aux genoux, aux jambes. Bacilles dans les tubercules. Lèpre nodulaire peut-être en voie d'amélioration, certainement non guérie.

2. Kalada. — Homme 40 ans. — Maladie remontant à quatre ans. — A reçu 730 cc. E.-E. État général bon. Nodules aux oreilles, au nez, aux pommettes, modérément développées, alopecie sourcilière. Peau du tronc et des avant-bras ridée, craquelée par résorption d'infiltrats. Anesthésie superficielle, a une tache au flanc droit, aux mains, pieds et genoux. Cicatrices aux pieds et aux genoux, mutilation modérée aux pieds. Tousse et crache, l'examen thoracique ne montre rien, les crachats ne renferment pas de bacilles acido-résistants et n'infectent pas le cobaye. Dans les nodules bacilles de Hansen. Lèpre tubéreuse, où l'infection cutanée diminue et où les altérations nerveuses apparaissent. Non guéri.

3. Bukyo. — Homme 25 ans. — A reçu 366 cc. E.-E. Bon état général. Se plaint de douleurs articulaires. Macule discrète fesse droite, cicatrice bulleuse aux coudes et aux genoux, maux perforants aux deux pieds, mutilation, griffe, lésions acrotériques des mains et des pieds. Anesthésie superficielle des extrémités. Examen bactériologique : Un bacille dans ganglion épitrochléen. L'existence de bacilles rares, d'ulcères en activité, rend probable l'évolution des lésions acrotériques et l'absence de guérison.

4. Budzangi. — Femme 25 ans. — A reçu 400 cc. E.-E. État général bon. Macules cuivrées nombreuses, légère infiltration des lobules des oreilles, ulcère en activité aux pieds, pas de mutilations. Examen bactériologique : rares bacilles dans les taches (trois examens négatifs, un examen positif). Les nombreuses macules, l'existence d'ulcération et de bacilles excluent la guérison.

5. Imanisò. — Homme 40 ans. — Maladie ancienne. — A reçu 435 cc. E.-E. Macules très discrètes du tronc et des fesses, cicatrices récentes aux coudes, ulcération en activité au pied droit, mutilation progressive à la main droite avec une ulcération, lésion mutilante des pieds (les mutilations seraient apparues en cours de traitement). Anesthésie superficielle des extrémités. Examen bactériologique négatif dans les ganglions; un bacille dans les taches. La présence d'ulcération, la progression des mutilations, les bacilles font rejeter la probabilité de guérison.

6. Ekwangapibo. — Femme 30 ans. — Malade depuis plusieurs années. — A reçu 400 cc. E.-E. État général bon. Petites macules aux seins, cicatrices diverses aux coudes, aux genoux,

aux membres inférieurs, petites cicatrices périombilicales, mutilations des mains et des pieds avec une bulle en activité à la main et un ulcère du type mal-perforant au pied. Anesthésie superficielle aux extrémités. Se plaint de douleurs dans les membres. Examen bactériologique : diverses fois positif dans les taches et ganglions. La présence d'ulcérations en activité et d'assez nombreux bacilles, indique suffisamment que la maladie évolue.

7. Aniakanani. — Homme 25 ans. — Maladie ancienne. — A reçu environ 450 cc. E.-E. Petites macules cuivrées à la cuisse, cicatrice de type bulleux aux coudes et aux genoux, légères altérations des orteils au pied gauche. Anesthésie superficielle main gauche, coude gauche, genou gauche. Cubital gauche volumineux. Examen bactériologique : deux fois négatif (taches). L'ensemble des signes aurait plutôt fait croire à une stabilisation quand, en décembre 1931, apparaissent des ulcérations aux deux pieds.

8. Zidame. — Homme 30 ans. — Malade depuis plusieurs années. — A reçu 400 cc. E.-E. Macules cuivrées étendues nombreuses, surtout au tronc; légère infiltration des lobules de l'oreille. Pas de mutilations, une ulcération à la jambe. Anesthésie superficielle aux extrémités. Hypertrophie du cubital gauche. Examen bactériologique : rares bacilles. Au cours de la période d'observation apparaît une lésion gangréneuse du coude droit avec gros œdème du bras et vive douleur. Cette lésion se cicatrise favorablement en un mois et demi. La présence de bacilles rares et l'apparition de lésions mutilantes ne permettent pas de parler d'arrêt de la maladie.

9. Banani. — Homme 40 ans. — Malade depuis environ dix ans. — A reçu 460 cc. E.-E. Bon état général. Se plaint de douleurs articulaires. Macules peu appréciables. Mutilations assez marquées aux mains, modérées aux pieds; a fait récemment une vaste ulcération de la main droite. Anesthésie superficielle des extrémités. Nerf cubital droit hypertrophié. Examen bactériologique : rares bacilles (taches). En cours d'observation apparaissent une ulcération au pied et un vaste mal perforant au même pied. L'apparition d'ulcération fait conclure que la maladie est toujours en activité.

10. Fundi. — Enfant mâle environ 14 ans, fils et frère de lépreux. — Serait malade depuis quelques années. — A reçu 172 cc. E.-E. État général médiocre. Macules peu appréciables.

Oreilles, lèvres et face infiltrées, mains infiltrées également, cubitaux volumineux. Ascaris et ankylostome. Examen bactériologique : diverses fois positif avec nombreux bacilles. Anesthésie superficielle des extrémités. En cours d'observation présente une bulle à la main gauche. Lèpre assez active avec nombreux bacilles.

11. Galité. — Femme 40 ans. — A reçu 445 cc. E.-E. État général assez bon. Macules discrètes du tronc et des fesses. Cicatrices diverses, entre autres petites cicatrices périombilicales. Une ulcération en activité au coude. Légère infiltration du lobule des oreilles. Très forte mutilation des mains. Pied réduit à l'état de moignon. Steppage d'une jambe. Les mutilations sont partiellement antérieures au traitement, partiellement apparues en cours de traitement. Examen bactériologique : positif dans les taches. La présence de bacilles et d'une ulcération en activité au coude ne permet guère de croire à la disparition de la maladie.

12. Bosio. — Femme 45 ans. — A reçu 438 cc. E.-E. État général bon. Macules nombreuses cuivrées, surtout au tronc. Tendance aux mutilations aux mains. Une ulcération au pied. Anesthésie superficielle aux mains. Examen bactériologique : positif dans les taches. En cours d'observation violente réaction dans la main droite aboutissant à une nécrose osseuse. La présence de bacilles et l'extension des mutilations indiquent à suffisance que la maladie n'est pas stabilisée.

13. Eribu. — Homme 40 ans. — Maladie remontant à cinq ans. — A reçu 600 cc. E.-E. État général bon. Se plaint de douleurs dans les jambes. Macules discrètes, étendues tronc, fesses. Cicatrice d'une lésion bulleuse récente à un doigt. Anesthésie superficielle aux extrémités, tendance aux lésions acrotériques. Examen bactériologique : positif (taches).

14. Nesani. — Femme 35 ans. — Maladie remonte à l'enfance. — A reçu 500 cc. E.-E. Actuellement se plaint de douleurs jambes. Macules discrètes cuivrées, cicatrices de bulles aux genoux et aux coudes. Aspect frippé de la peau du dos, bras, oreilles par résorption d'infiltrats, dépilation des sourcils. Anesthésie superficielle aux extrémités. État acrotérique des extrémités et éléphantiasis léger des jambes. Affaissement de la base du nez. Examen bactériologique : nombreux bacilles. Cas de lèpre mixte non guérie.

15. Ambokoneze. — Femme 45 ans. — Maladie ancienne. — A reçu 465 cc. E.-E. État général assez bon. Macules nombreuses cuivrées, pas de tubercules, cicatrice récente à un coude, lésions acrotériques assez nettes des mains et des pieds. Anesthésie superficielle. Examen bactériologique : positif dans les taches.

16. Badu. — Homme 30 ans. — La maladie remonterait à huit ans. — A reçu 566 cc. E.-E. État général bon. Macules peu appréciables. Cicatrice nette typique au coude, discrète au genou. Pas de tubercules. Lésions acrotériques des mains et des pieds. Un ulcère du type mal-perforant au pied droit. Anesthésie superficielle présente aux extrémités. Examen bactériologique : négatif. Lèpre paraissant en évolution de type nerveux.

17. Ambinianie. — Enfant féminin d'une douzaine d'années. — A reçu 370 cc. E.-E. Présente de nombreuses macules surtout sur le tronc, des cicatrices aux genoux, pas de mutilation, mais une bulle en évolution à l'index droit, de l'anesthésie superficielle. L'examen bactériologique a été deux fois positif dans les taches. Lèpre certainement non guérie malgré un traitement assez actif vu l'âge de la malade.

18. Egomabi. — Homme 35 ans. — Serait malade depuis une huitaine d'années. — A reçu environ 450 cc. E.-E. L'état général est assez bon. Présente des macules en cartes géographiques assez discrètes. Des cicatrices au coude, des mutilations très étendues des mains et des pieds apparues partiellement en cours de traitement. Anesthésie superficielle aux extrémités. Examen bactériologique : diverses fois négatif. Durant la période d'observation une des mains gonfle et devient douloureuse. Il existe un ulcère au pied. Lèpre nerveuse paraissant toujours en évolution.

19. Sengi. — Jeune homme 18 ans. — A reçu 300 cc. E.-E. État général assez bon. Macules aux membres inférieurs, région fessière. Cicatrices des coudes et des genoux. Infiltration des lobules des oreilles. Tendances aux lésions acrotériques modérées. Anesthésie superficielle des extrémités. Un ulcère au pied et un autre au genou. Petite bulle à la main. Nerfs cubitiaux palpables. Infantilisme. Examen bactériologique : deux fois positif dans les taches.

20. Mokwali. — Homme 35 ans. — A reçu 477 cc. E.-E. État général bon. Pas de macules. Diverses cicatrices des coudes, des genoux et des pieds. Ulcères au pied gauche et atrophie de

la jambe gauche. Pas de mutilations. Anesthésie superficielle aux extrémités. Examen bactériologique : positif dans les ganglions.

21. Bakibutele. — Homme 25 ans. — Malade depuis sept ans. — A reçu 525 cc. E.-E. État général bon. Macules peu appréciables. Cicatrices discrètes des coudes et des genoux. Mutilations très prononcées des pieds et des mains, qui seraient antérieures au traitement. Anesthésie superficielle aux extrémités. Nerfs cubitiaux assez gros. Au pied gauche un mal-perforant en activité. Examen bactériologique : négatif. Le mal-perforant, l'hypertrophie des cubitiaux ne permettent pas de parler de guérison.

22. Idei. — Femme 35 ans. — Maladie ancienne. — A reçu 300 cc. E.-E. Actuellement macules assez discrètes, cicatrices des coudes et des genoux. Mutilations absentes aux mains, légères au pied droit. Anesthésie superficielle aux extrémités. Examen bactériologique : positif dans les taches.

23. Anatosio. — Homme 25 ans. — A reçu 550 cc. E.-E. État général bon. Actuellement pas de macules, cicatrices des coudes, des genoux et du trochanter gauche. Ulcération au trochanter droit. Un mal-perforant au pied gauche. Mutilation et déformation importantes des mains et des pieds. Anesthésie superficielle des extrémités. Hypertrophie du cubital gauche. Un bacille trouvé dans l'exsudat d'une plaie.

24. Banabagwe. — Homme 25 ans. — Mal remontant à quelques années. — A reçu 300 cc. E.-E. État général bon. Diverses macules assez discrètes au tronc. Cicatrice récente au coude gauche, lisse au coude droit. Pas de mutilation, mais une ulcération à la plante du pied et une bulle à la main droite. Anesthésie superficielle aux extrémités et dans une partie d'une tache. Examen bactériologique : positif.

25. — Ambiasi. — Femme 25 ans. — A reçu 350 cc. E.-E. État général bon. Macules peu appréciables. Cicatrices des genoux, etc. Lésions acrotériques des mains paraissant progresser, avec une bulle en activité. Anesthésie superficielle. Lèpre nerveuse progressive.

De l'ensemble de ces observations ne se dégage pas l'impression d'une grande activité.

Sans doute y a-t-il 2 observations de sujets paraissant

guéris ⁽¹⁾ sur 48 citées, mais l'observation de début manquée et la certitude de guérison est incomplète; présence de macules.

A côté de 25 cas considérés comme non-guéris, il y a 21 cas considérés comme stabilisés.

Encore faut-il voir ce que l'avenir réserve à ces cas. Nous savons, par les observations faites à Hawaï, en particulier, que les rechutes sont toujours possibles parmi les sujets mis en guérison apparente ⁽²⁾.

Que pouvons-nous, en étudiant des observations de sujets traités, considérer comme signes de non-guérison :

1° La présence de bacilles. S'ils sont rares, leur présence peut parfois se concilier avec une stabilisation clinique de la maladie. Mais même en étendant la conception de la lèpre latente, il sera impossible de parler de guérison;

2° La présence des lésions cutanées non anesthésiques (sensibilité superficielle), en particulier, macules cuivrées. Ces macules paraissent en relation avec l'existence du germe, fût-ce sous une forme inconnue.

3° Des signes réactionnels le long des troncs nerveux se traduisant par l'apparition de lésions bulleuses, d'eschare, la progression des mutilations;

4° L'hypertrophie des nerfs, tenant à l'existence d'infiltrats lépreux;

5° Il ne m'a pas été possible de tenir compte des variations de l'anesthésie ou des macules, vu la courte durée de l'observation.

Ce serait cependant un signe d'activité, en liaison avec l'aggravation ou l'amélioration des processus locaux;

6° L'interprétation des mutilations et des ulcérations est souvent délicate. La guérison peut être compatible avec des mutilations stables et fixées. Par contre, si la mutila-

(1) Nombre réduit à 1. Voir note plus haut.

(2) Voyage d'étude du Secrétaire de la Commission de la Lèpre, Société des Nations, 1930.

tion progresse, il paraît difficile de parler de guérison, bien que l'on puisse peut-être suspecter une influence trophique parfois des infections locales exogènes sur terrain anormal.

Il en est de même pour les ulcérations : les cas les plus typiques, maux-perforants, etc., paraissent en liaison avec l'évolution de la maladie; mais il faut songer à l'influence de causes locales (altérations nerveuses définitives, séquestre, ulcères calleux et chroniques). Il est encore plus difficile de se prononcer avec des ulcérations d'allure banale des pieds et des jambes. La prudence pourtant invite à ne pas parler de guérison tant qu'il y a des ulcérations;

7° Quant aux signes subjectifs, ils sont trop vaguement indiqués par le noir pour être de grand secours pour établir la guérison.

En appliquant ces critères, on est bien forcé de constater qu'en règle générale il n'est pas permis de parler de guérison après le traitement en usage à Pawa.

Le D^r Conzémus, le fondateur de la léproserie, a exprimé cependant une opinion assez favorable sur l'action de ce traitement.

Voici, en effet, comment il s'exprime dans le rapport cité précédemment :

« Chez tous nos malades soignés soit à notre village de Pawa, soit ambulatoirement à notre dispensaire, traitement qui durait d'un à deux ans, nous avons constaté que les résultats, en ce qui concerne surtout les plaies, l'écoulement du nez (rhinite ulcéreuse), principales sources d'infection, ont été des plus favorables. Tous ont pu de nouveau vaquer à leurs travaux dans une large mesure et c'est ce qui explique en grande partie l'abandon de ces léproseries de chefferies installées en 1922, comme je l'ai déjà dit plus haut et c'est ainsi que j'ai pu revoir des centaines de nos malades, plus d'une année après leur traitement, sans avoir vu reparaître leurs plaies.

» Quelles conclusions peut-on tirer de tous ces faits? Pouvons-nous conclure à une guérison complète dans tous ces cas? Je ne le crois pas. A mon avis, nous avons plutôt affaire ici à un blanchissement, à un arrêt dans l'évolution de la maladie, ce qui est déjà un énorme bienfait surtout en ce qui concerne la contagion. »

Le rapport de 1930 de la Croix-Rouge du Congo signale du reste que « les ulcères, les taches érythémateuses, les tubercules, de même que l'état général, se laissent favorablement influencer par le médicament » (page 26).

Cette impression, acquise par comparaison entre l'ère précédant le traitement aux éthyl-éthers et celle suivant la mise en activité de cette thérapeutique, n'est assurément pas sans intérêt. Personnellement, je ne voudrais pas nier de façon formelle que le traitement ait une certaine utilité, il est du reste recherché par l'indigène, qui y trouve sans doute des avantages subjectifs.

Il faut cependant tenir compte de l'évolution si irrégulière de la lèpre et aussi du fait qu'à la léproserie on applique des traitements locaux, que les lépreux y bénéficient d'un bien-être relatif, repos, alimentation. Du reste, l'examen de la léproserie en 1931 ne permet pas d'être bien optimiste.

Pour les ulcères, par exemple, il est évident que s'il s'en ferme, il s'en ouvre aussi de nouveaux. C'est ainsi que sur 109 sujets examinés au hasard le 21 novembre 1931, il y a 39 sujets ayant des ulcères exigeant pansements, soit du 35.77 % (je ne dis pas éjecteur de bacilles de ce fait, la majorité des ulcérations en question étant d'ordre nerveux). A une séance de pansement quelconque, le 25 novembre, je constate qu'on fait des pansements à 87 sujets, donc à environ 30 % de la population de la léproserie, où il y a entre 250 et 300 lépreux présents. La majorité de ces ulcères paraissent bien d'étiologie lépreuse.

Les macules sont toujours abondantes, les mutilations

progressent chez divers individus. Tout cela en cours de traitement.

Personnellement, mon opinion sur le traitement est donc très sceptique, j'admets — comme hypothèse — une activité modérée facilitant la sédation de la maladie; je ne crois pas à un pouvoir curatif marqué. Il faut en outre tenir compte de l'évolution spontanée variable de la maladie. Tous les auteurs classiques citent des cas où la lèpre est restée quasi sans symptômes ou même paraît guérie spontanément.

Citons ici deux cas où, soit spontanément, soit à la suite d'un traitement très court, la lèpre paraît se stabiliser :

1. Niangara. — Homme 45 ans. — Serait malade depuis cinq ans dans l'état actuel. — Ne souffre pas. Macules circonscrites du dos et de la région des hanches. Pas d'autres symptômes. Lèpre maculeuse non évolutive.

2. Adjakumba. — Homme 50 ans. — Maladie de date très ancienne sans modification. — Ne souffre pas. A été traité six mois aux E.-E., dose inconnue. Vaste tache anesthésique à l'épaule gauche. Pas d'autre signe. Le traitement paraît trop court pour expliquer cette stabilisation.

Si le traitement ne paraît pas donner, dans la région de Pawa, les résultats heureux que certains observateurs ont signalés, il convient d'en chercher la cause.

Remarquons que tout d'abord l'opinion des léprologistes est loin d'être unanime sur l'activité du Chaulmoogra. « La majorité des léprologistes ne croit pas que le traitement possède une efficacité absolue, mais l'on ne peut nier son efficacité relative, quoiqu'elle varie avec les conditions et la technique d'application.

» Des léprologistes autorisés objectent que le Chaulmoogra ne possède pas une efficacité qui lui soit propre et qu'il bénéficie seulement des résultats du traitement général. Ils soutiennent qu'on n'a jamais fait l'expérience cruciale qui consisterait à comparer deux groupes de lépreux dont l'un recevrait et l'autre ne recevrait pas le

traitement par le Chaulmoogra, toutes choses étant égales d'ailleurs (1). »

Le rapport du Dr Burnet, secrétaire de la Commission de la lèpre, sur ses voyages dans un bon nombre de pays à endémie lépreuse, montre bien les fluctuations de l'opinion mondiale à ce sujet. A côté de pays où l'enthousiasme est réel — École de Calcutta sous l'influence de Muir, — il y a des pays où l'appréciation est plus incertaine (Norvège et Japon) ou même où après une période d'enthousiasme, on arrive à une critique assez sévère des résultats (Hawaï) (2).

Au Congo il y a des opinions assez variables. Le rapport de 1929 de la Croix-Rouge du Congo résume l'opinion peu favorable des dirigeants de la léproserie du Katanga (pp. 16 et 17), le Dr Schwetz (3) a signalé des résultats peu favorables par l'emploi des éthyl-éthers, à dire vrai après un laps de temps un peu court. Quoi qu'il en soit, il convient de rechercher les causes qui peuvent expliquer l'insuffisance des résultats thérapeutiques.

1° Remarquons tout d'abord que le traitement a rarement été très persévérant et très actif. Même les sujets qui ont reçu 300 cc. et plus ont usuellement reçu ce dosage en un laps de temps assez grand, qui atteint en moyenne trois ans. Ce ne sont donc pas encore des doses bien fortes. C'est là le résultat, d'une part, de la négligence du noir; d'autre part, de la médiocre tolérance locale du médicament.

Actuellement, la dose usitée est de 3 cc. par semaine et il est déjà bien difficile de persévérer longtemps à cette dose (voir plus loin);

2° Très souvent il s'agissait de cas avancés, souvent peu

(1) *Principe de la Prophylaxie de la Lèpre.* (Commission de la Lèpre. Société des Nations, Genève, 1931.)

(2) Société des Nations, Genève, 1930, *passim*.

(3) *Ann. Soc. belge de Méd. tropic.*, 1929, p. 319.

favorables ou bien mutilés sur lesquels la thérapeutique n'a plus grande action.

Les instructions du Comité Médical de la Croix-Rouge prescrivait l'hospitalisation des ulcéreux et mutilés — par nécessité de pansements — et des tubéreux pour raison prophylactique. Les maculeux devaient être traités ambulatoirement. Malheureusement, ils négligent souvent de le faire et ainsi échappent au traitement les cas les plus favorables;

3° D'autre part, diverses causes pathologiques associées sont de nature à exercer des influences défavorables sur le cours de la maladie et les résultats thérapeutiques. Des léprologistes de l'expérience de Rogers et de Muir affirment positivement que de même que des maladies diverses favorisent l'apparition de la lèpre active, de même le traitement spécifique est inutile si l'on ne traite pas les diverses maladies favorisantes.

Les vers sont très fréquents. A ma demande, M. Ury a bien voulu examiner les matières fécales de bon nombre de lépreux. Sur 206 sujets examinés, il y eut 155 résultats positifs, soit 75.24 % se répartissant en :

Ascaris 75;

Ankylostome 42;

Infection double 38.

On sait, du reste, qu'une pareille proportion est usuelle au Congo et augmenterait encore par des examens répétés. Il est vrai de dire que, dans la généralité de ces cas, le rôle clinique de ces verminoses paraît faible. Encore y a-t-il là une situation préjudiciable à la santé qui devrait donc être corrigée.

La malaria paraît importante aussi et sur 40 examens par goutte épaisse chez les lépreux, j'ai noté 15 résultats positifs et 1 résultat positif sur 12 frottis. Ces chiffres chez des adultes sont dignes de remarque et il y a lieu de se demander si la lèpre ne favorise pas aussi la malaria. Je dirai que, par comparaison, sur 19 adultes de l'hôpital, je

n'ai trouvé qu'une fois de la malaria (à dire vrai, les gouttes épaisses étaient un peu trop minces dans ce dernier cas et non tout à fait comparables à celles que j'avais faites personnellement chez les lépreux).

En tous les cas, il y a là une source importante de débilisation générale et peut-être d'insuccès thérapeutique.

Le Pian et la Syphilis sont aussi fréquents parmi nos lépreux.

L'interrogatoire révèle souvent le pian antérieur; cette maladie est quasi universelle dans le pays. Plus rarement, la syphilis est avouée. Elle est aussi bien fréquente dans la population (voir les rapports de la Croix-Rouge du Congo). Sur 74 lépreux dont le sérum a été soumis à la réaction de Meinicke, il y a 28 résultats positifs (dans 22 de ces cas le pian ou la syphilis antérieurs sont avoués).

Là aussi il y a des intrications pathogènes qui peuvent rendre défailante la thérapeutique.

Mentionnons encore la malpropreté corporelle et vestimentaire, les dermatoses, peu favorables assurément et qui expliquent peut-être en une certaine mesure l'intolérance locale.

Il y a, enfin, l'importante question de l'alimentation. L'alimentation des lépreux ne paraît pas dans l'ensemble insuffisante et leur état général est usuellement bon. Mais cette ration est sûrement très pauvre en protéines animales et peut-être en vitamines.

On le voit, il y a là un ensemble de circonstances défavorables, les unes d'ordre médical, les autres d'ordre social, qui peuvent expliquer peut-être l'insuffisance des résultats curatifs.

Avant d'abandonner la question du traitement aux éthyl-éthers de Chaulmoogra, il convient de dire quelques mots de la tolérance du médicament.

La tolérance générale est satisfaisante et le traitement paraît donner bien rarement — trop rarement peut-être — des états de réaction lépreuse.

Quant aux accidents généraux, ils sont rares. J'ai assisté

une fois à une petite embolie pulmonaire : toux, douleurs côté, expectoration sanglante, du reste, sans suite.

Malheureusement, les phénomènes locaux sont beaucoup plus désagréables et, comme je l'ai dit, entravent fortement la régularité du traitement.

Ces accidents consistent en indurations intenses et pénibles très fréquentes, rarement en abcès.

On pourrait se demander si l'asepsie n'est pas en cause. Je pense que non et cela pour les raisons suivantes :

Tout d'abord quoique les infirmiers noirs injecteurs ne soient pas parfaits, on peut dire qu'ils prennent des précautions aseptiques usuellement satisfaisantes. Ensuite, si l'asepsie était vraiment en cause, il y aurait abcès plus qu'induration.

J'ai du reste, chez deux femmes, pratiqué personnellement des injections intramusculaires, avec grand soin. J'ai eu rapidement des indurations qui m'ont forcé à interrompre momentanément le traitement.

J'ai aussi procédé à des injections sous-cutanées en répartissant la dose totale en divers foyers voisins. Dans les cinq cas essayés, j'ai eu de fortes indurations, douloureuses, étendues, apparues dans les vingt-quatre heures et se résorbant lentement. Là aussi l'action irritante du produit apparaît.

Ce n'est point là du reste quelque chose d'inconnu et la plupart des auteurs ont signalé l'assez médiocre tolérance des éthyl-éthers de Chaulmoogra.

L'importance de cela est surtout de rendre le traitement irrégulier. A une séance de traitement, sur 144 individus se présentant en cours d'opération, 32 ont été renvoyés à cause d'induration.

Rogers et Muir estiment que la contre-irritation, due à l'injection sous-cutanée ou musculaire, intervient dans le mécanisme de la guérison ⁽¹⁾. Cette vue optimiste ne me paraît pas du tout corroborée par les résultats observés.

(1) *Leprosy*, Londres, 1925, p. 270.

Chose curieuse, il semble que parfois une meilleure tolérance locale est obtenue.

C'est ainsi que le D^r Reznik, à Niangara, m'a montré 20 lépreux ayant reçu en moyenne 20 injections hebdomadaires, allant de 1 à 4 cc.

Sur ces 400 injections, il n'y a que 5 indurations bénignes, n'ayant pas forcé à interrompre le traitement et au jour où j'ai assisté au traitement, il n'y a pas eu de sujet présentant de troubles notables.

Le produit employé est de la même marque que celui employé à Pawa, mais le conditionnement est différent. Ces produits sont-ils toujours semblables à eux-mêmes? On sait que la qualité de l'huile intervient dans la qualité des éthyl-éthers. Il y a là, en tout cas, une question très importante en pratique. Un produit irritant sera toujours difficilement accepté par les indigènes.

Autres thérapeutiques.

J'ai mis en traitement à l'or un certain nombre de lépreux. Le produit essayé a été le Solganal ou Solganal B. Les résultats seront étudiés ultérieurement.

Médications externes.

La neige carbonique n'a pas été employée, vu la difficulté de se procurer des cylindres de CO² (fabriqués à 550 kilomètres de distance).

Les applications d'acide trichloracétique ont été utilisées. Il est assez difficile d'en apprécier l'action, mais l'indigène affectionne ces applications et elles sont à conseiller comme adjuvant soit direct, soit d'ordre psychique pour faire suivre le traitement.

Dans l'ensemble, la thérapeutique de la lèpre apparaît comme bien incertaine et seuls des gains décisifs dans cette direction permettraient une prophylaxie efficace. La méthode récente d'utilisation intradermique des éthyl-éthers n'a pas été mise en œuvre. Des essais dans ce sens sont souhaitables.

CHAPITRE IV.

CONDITIONS ETIOLOGIQUES.

Lorsqu'on observe les conditions régnant dans le Népoko, on trouve sans aucun doute un grand nombre de circonstances considérées par les auteurs comme favorisant grandement l'extension de la lèpre. Il est pourtant difficile d'affirmer que ces circonstances sont plus défavorables que dans d'autres régions congolaises.

Climat. — Conformément aux idées de Rogers sur le rôle favorisant d'un climat humide, le Népoko est extrêmement humide.

A défaut d'observations hygrométriques, que je ne possède pas, la plus simple observation de la vie quotidienne montre combien il y fait humide. Les précipitations atmosphériques sont très importantes.

On trouvera dans le tableau V le détail des observations pluviométriques que M. Soyer, directeur de la station expérimentale cotonnière du Népoko, a bien voulu me communiquer.

C'est un pays humide et pluvieux, situé dans la zone à 1.800 mm. de pluie de la carte dressée par M. Gasthuys, au Département des Colonies.

Il serait intéressant à ce point de vue de comparer des régions beaucoup plus sèches (Sud-Ouest du Katanga, par exemple).

Vie indigène. — Muir ⁽¹⁾, dans un ouvrage récent, exprime l'idée que l'indigène tout à fait primitif échappe à la lèpre : « Leprosy is uncommon in the healthy aboriginal, when he lives in the jungles of India as a child of nature; indeed he seems to enjoy to a limited extent the

(1) *A system of Bacteriology-Leprosy*, Londres, 1930, p. 371.

TABLEAU V. — Station du Néoko. — Relevés pluviométriques pour l'année 1929

DATES	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1	—	5,0	—	1,6	—	9,2	7,0	—	5,1	5,2	—	—
2	—	0,5	—	2,9	4,2	25,9	4,0	8,0	30,4	—	—	—
3	—	—	—	1,4	—	21,0	—	9,8	1,7	9,9	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,6	—
5	—	22,6	15,7	1,7	—	3,4	—	—	3,6	0,8	13,4	—
6	—	—	—	3,6	—	12,6	—	—	—	67,6	0,4	2,1
7	—	—	—	34,5	0,5	3,3	—	—	25,4	9,1	5,6	2,8
8	22,0	6,5	3,2	—	—	—	54,0	—	—	0,6	32,3	9,8
9	17,3	6,5	5,4	—	5,0	0,5	—	—	—	1,4	—	1,1
10	—	—	2,0	6,4	—	—	—	5,8	18,6	41,5	—	—
11	1,9	—	—	—	—	3,1	—	—	0,3	—	—	19,7
12	—	22,2	—	1,7	—	1,0	—	—	3,0	26,5	4,6	0,6
13	—	0,6	—	7,4	24,0	30,0	30,0	0,5	21,7	1,5	25,6	0,7
14	—	4,1	1,9	2,9	1,4	2,4	—	—	29,5	3,8	—	—
15	—	—	2,1	—	9,6	—	—	—	0,8	—	0,7	—
16	—	—	—	—	—	19,0	5,0	—	0,4	22,9	6,0	—
17	1,5	—	—	5,7	—	5,0	41,0	2,5	6,7	6,7	8,4	—
18	—	—	—	1,9	—	—	—	—	4,5	9,4	—	—
19	—	—	—	7,4	4,1	18,9	28,0	9,4	—	9,6	4,5	—
20	—	—	—	—	—	2,8	—	—	—	—	—	—
21	—	—	—	8,9	8,2	5,8	—	—	0,6	16,3	0,8	—
22	—	—	—	43,8	12,0	—	—	7,0	—	2,6	—	—
23	—	—	—	12,3	—	—	—	—	—	7,4	4,8	—
24	—	40,0	—	—	—	—	—	47,0	0,8	1,1	—	18,5
25	—	52,0	—	21,2	—	—	—	5,0	23,2	7,4	3,4	1,9
26	—	—	—	—	3,1	59,0	19,0	2,4	15,8	4,5	—	—
27	—	—	—	—	5,3	—	3,0	4,5	0,7	—	—	—
28	—	—	—	—	4,1	21,5	8,6	5,4	22,3	6,0	6,2	—
29	—	—	—	—	4,7	—	5,6	80,0	0,6	26,3	9,2	—
30	25,0	—	—	—	—	—	—	3,9	24,2	—	—	—
31	—	—	16,7	—	3,3	3,3	7,4	—	—	5,7	—	—
Totaux..	68,7	136,0	132,4	177,0	86,5	244,7	212,6	188,2	233,8	278,0	127,0	57,2
Jours pluie	6	11	13	19	14	19	12	14	21	24	17	9

same resistance as the wild animal he lives amongst. When, however the aboriginal comes in contact with the outside world and change his more primitive life, meeting with people who have other habits and customs and leaving off his simple though healthy, tribal rules of hygiene, he quickly tends to fall a victim to leprosy » (p. 371).

Cette vue optimiste sur les mérites de l'état de nature me paraît difficilement soutenable, au Népoko en tous cas.

Il est vrai que je n'ai pas rencontré de pygmées atteints de lèpre, mais cela tient, je pense, uniquement au fait que je n'en ai pas vu un très grand nombre. D'autre part, si atteint de pian, le pygmée vient facilement consulter, car il connaît la simplicité du traitement, il est probable qu'il serait plus défiant en matière de lèpre.

Par contre, l'immense majorité de lépreux observés au Népoko sont des indigènes vrais, vivant, si pas à l'état de nature, tout au moins d'une vie toute primitive et dans le milieu coutumier. Il s'en faut malheureusement de beaucoup que les règles de vie de ce milieu coutumier puissent être considérées comme hygiéniques.

La malpropreté corporelle et vestimentaire est habituelle : les tampons de coton imbibés d'alcool qu'on utilise pour l'asepsie cutanée ramènent une couche noire significative.

Les maisons sont petites, sombres et encombrées. La promiscuité banale est notable, de là la fréquence du pian. Les relations sexuelles irrégulières sont aussi fréquentes, à en juger par les nombreux cas d'affections vénériennes. Tout cela est bien favorable à la contagion.

Au surplus, l'état d'esprit vis-à-vis de la lèpre est plutôt l'indifférence. Les lépreux circulent assez librement, échangent objets et monnaie, introduisent des palabres devant la justice indigène, ont parfois femmes et enfants non lépreux.

La notion de contagiosité n'est pas tout à fait absente,

mais peu active : trop souvent la maladie est attribuée à un sort ou à une infraction à quelque tabou.

Pourtant, les éléments les plus intelligents admettent la nécessité de l'isolement et dans l'ensemble le lépreux évident est plus ou moins écarté de la masse.

• *Maladies favorisantes.* — J'ai déjà signalé la grande fréquence de la syphilis et surtout du pian. Ce sont les maladies qu'on voit le plus souvent dans les dispensaires de la Croix-Rouge du Congo.

Les helminthiases sont aussi très communes, comme un peu partout au Congo. Les cas cliniques graves d'ankylostomiase m'ont cependant paru rares.

La malaria existe dans le Népoko, malgré l'apparente rareté des moustiques, mais me paraît plutôt moins répandue qu'en d'autres points du Congo.

Les splénomégalies infantiles sont moins fréquentes qu'en d'autres régions congolaises. Sur 23 enfants examinés à Pawa (école), il y a seulement 5 rates palpables; sur 47 enfants examinés à la consultation (Pawa-Babonde), il y a 16 rates palpables.

Chez les adultes, par contre, on note parfois des splénomégalies notables et j'ai noté sept fois cet état à l'occasion d'examens divers et sans l'avoir systématiquement recherché. Peut-être y a-t-il un moindre degré de prémunition dans l'enfance et de là une plus grande sensibilité de l'adulte.

Les documents que je possède sur la question sont cependant insuffisants pour être affirmatifs sur ce point.

Chez les lépreux adultes, la malaria est assez fréquemment observée (voir plus haut) et devrait être combattue.

En tout cas, il existe toute une pathologie : pian, syphilis, malaria dont le rôle provocateur peut être important dans la diffusion de la maladie.

Insectes. — Les moustiques sont rares au Népoko. Par contre, il existe de très nombreux « maringouins » (*Culi-*

coïdes Grahammi. Aust.). Ils déterminent un prurit notable et du grattage, peut-être peuvent-ils intervenir ainsi en favorisant des inoculations. Leur rôle direct paraît improbable, étant donné le caractère cosmopolite de la lèpre.

On note encore comme insectes piqueurs assez fréquents des chrysops intervenant dans la transmission de la très fréquente *Filaria-foa*.

L'insecte piqueur cosmopolite le plus fréquent dans le Népoko, c'est la punaise. On sait que cet insecte a été plus ou moins soupçonné d'être un transmetteur de la lèpre. Rien à Pawa ne permet de lui attribuer une grande importance. Soixante-trois punaises provenant du village de lépreux et parfois même des cases de lépreux tubéreux à nombreux bacilles, ont été examinées au point de vue bacille de Hansen. Dans un seul insecte, pris dans la case d'une lépreuse tubéreuse, il a été noté des formations bacillaires acido-résistantes de diagnostic incertain.

Admettant même qu'il s'agisse indubitablement de bacilles lépreux, il n'en reste pas moins vrai que la présence de ceux-ci est une rareté chez *Cimex*, même en milieu lépreux.

Chose curieuse, sur quelques chiques (*Sarcopsylla penetrans*) examinées, deux prélevées chez des lépreux se sont montrées infectées de bacille de Hansen.

L'une, prise chez un lépreux nerveux à bacilles rares, a montré un seul bacille; l'autre, prélevée sur une tubéreuse à bacilles innombrables, montrait des bacilles nombreux.

Je me garderai de conclure à un rôle étiologique quelconque de la chique d'après cette observation. Cet insecte vivant dans la peau, peut naturellement s'infecter de bacilles; au surplus, la simple contamination par les bacilles de la peau au moment de l'extraction, est parfaitement possible dans le second cas. Du reste, admettant même l'infection de la chique femelle, il faudrait encore admettre le passage héréditaire du germe à sa descendance pour pouvoir lui attribuer un rôle étiologique.

Au surplus, le caractère non cosmopolite de la chique s'oppose à cette hypothèse.

Rôle des rats. — La plupart des auteurs n'établissent aucune relation entre la lèpre murine et la lèpre humaine. Il m'a paru intéressant cependant d'étudier les rongeurs pris dans le village lépreux.

J'ai examiné à ce point de vue 46 rats pris dans les maisons des lépreux. Aucun n'a montré de bacilles acido-résistants ni de lésions cliniques.

La lèpre murine ne paraît donc pas exister dans la région. Aussi bien celle-ci est l'apanage de *Mus Norwegicus* et le rat du pays n'est certainement pas ce rat, mais probablement une variété de *Mus rattus*.

En réalité, le problème étiologique de la lèpre apparaît comme très complexe. A côté de la contagion pure et simple, il y a toute une série de circonstances favorisantes : degré de civilisation et hygiène générale, influence des maladies affaiblissantes, etc.

La lèpre est la maladie des collectivités peu évoluées et ne se répand guère dans nos pays civilisés. C'est ainsi que dans nos grandes villes cosmopolites, les assez nombreux lépreux existants ne créent pas de foyer local, pas plus que les émigrants norvégiens lépreux n'ont créé de foyer aux États-Unis. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas faire d'effort médical direct contre la maladie et attendre de l'amélioration des conditions de vie de la population une lente solution du problème.

LA PROPHYLAXIE DE LA LÈPRE DANS LE NEPOKO.

Comme je l'ai dit précédemment, je n'ai pas cherché à établir de façon précise l'index endémique lépreux dans la région. Pareille tâche exigerait un temps considérable et n'est pas, au surplus, absolument nécessaire pour commencer à lutter contre la maladie.

Le tableau I, indiquant la répartition de la maladie chez les Mabudu-Makoda, représente en fait un travail de plusieurs mois. Il s'agit d'environ 20,000 individus et la méthode clinique a été surtout mise en œuvre. Or, il y a à examiner dans le seul Népoko une population environ vingt fois plus considérable. On conçoit que ce ne soit ni le travail d'un seul ni possible en un court séjour.

Au surplus, le recensement des lépreux doit, à mon avis, se faire au fur et à mesure de l'extension de la lutte antilépreuse et de l'ouverture des dispensaires. Au début, il suffira d'une exploration relativement rapide pour indiquer jusqu'où doit s'étendre la campagne antilépreuse et où doivent être placés les dispensaires.

Pour l'instant, nous savons de façon suffisante que la lèpre est abondante dans tout le quadrilatère compris entre Rungu-Poko au nord et Wamba-Medje au sud et que dans toute cette région des mesures s'imposent. Quelles sont les mesures à envisager ?

La prophylaxie de la lèpre comporte d'abord une prophylaxie indirecte, qui n'est pas, à proprement dire, d'ordre médical. Elle repose sur l'amélioration des conditions générales d'existence et de l'hygiène publique et privée : propreté, habitations plus vastes et plus hygiéniques, évitant la promiscuité, alimentation meilleure, éducation du public en matière de contagion et de contacts dangereux. Tout cela est assurément d'une grande importance et a joué un grand rôle dans l'élimination de la lèpre d'Europe et dans son absence d'extension actuelle.

Mais ces mesures sont en dehors du domaine médical et relèvent de l'administration territoriale, du développement des écoles, etc.

L'expérience actuelle congolaise montre que le développement intellectuel, social et économique de l'indigène est précisément la chose la plus lente et la plus difficile à obtenir.

A côté de cela, il n'en est pas moins vrai que la lèpre est une affection directement contagieuse — même si sa contagion est relativement lente — et accessible comme telle aux deux méthodes essentielles de la prophylaxie : l'isolement du malade, d'une part et, d'autre part, le traitement qui supprime le pouvoir infectieux.

L'isolement absolu est évidemment un moyen de lutte actif, il paraît avoir contribué grandement à la disparition de la lèpre en Europe à partir du XVI^e siècle.

Encore faut-il que cet isolement soit possible, c'est-à-dire que les mœurs et la législation l'autorisent et que les budgets permettent d'assurer un destin humainement satisfaisant aux lépreux isolés.

Personne ne croira que pareille possibilité existe au Congo.

Pour Rogers et Muir (*loc. cit.*), l'Hindoustan n'a pas encore un développement économique et social permettant cette mesure.

Mouchet (1) a fait ressortir les désavantages du procédé : frais énormes, difficulté de ravitaillement, paresse des noirs isolés, nécessité d'une surveillance policière continue et, enfin, tendance des malades débutants à se cacher. Ce dernier point est extrêmement important, ainsi les cas les plus accessibles au traitement et les plus utiles à soigner tendent à se cacher.

Aussi beaucoup de pays renoncent-ils à l'isolement absolu et multiplient-ils les dispensaires. Dans l'Hindoustan, l'école de Calcutta préconise le système P.T.S., c'est-à-dire : Propagande, traitement, recensement (*survey*). La propagande vise à l'éducation du public : méthodes d'infection, dangers des contacts, résultats du traitement.

Le traitement à base d'huile de Chaulmoogra est fait

(1) Rapport administratif déjà cité.

dans de nombreuses cliniques rurales. On n'isole que les lépreux infirmes à la suite de mutilations graves — qui souvent demandent l'hospitalisation — et les contagieux, qui ne peuvent assurer à domicile un isolement suffisant. Le recensement va *pari passu* avec le traitement et est facilité par les résultats de celui-ci.

L'ensemble d'un pareil service exige naturellement un personnel nombreux. Cette organisation demande en outre que le traitement soit à la fois actif et bien toléré. Tel serait le cas en Hindoustan.

Comme je l'ai dit plus haut, les résultats sont moins brillants au Népoko et l'étude d'une thérapeutique vraiment active et des causes d'insuccès du traitement sera d'une importance décisive pour la prophylaxie dans la région.

Le système actuellement mis en action par la Croix-Rouge du Congo est basé également sur la conception de l'utilité du traitement, mais fait en outre appel à un certain isolement.

Les lépreux sont recensés case par case dans chaque chefferie.

Dans chaque chefferie est construit un ou plusieurs villages de lépreux, sous l'autorité d'un notable, lépreux lui-même. Au village sont hospitalisés les cas considérés comme spécialement contagieux (tubéreux, éjecteurs de bacilles par le mucus nasal, etc.) et aussi les mutilés et ulcéreux exigeant des soins et des pansements. A chaque village de lépreux existe un dispensaire pour traitement des habitants du village et aussi pour le traitement ambulatoire de cas considérés comme peu contagieux (maculeux débutants, etc.).

Il existe actuellement pour l'ensemble de la chefferie Abiengama trois villages (un à Pawa, deux à 12 et à 18 kilomètres de Pawa).

L'ensemble de ces villages pourra, à l'achèvement total,

abriter environ 1,000 lépreux, ce qui, pour la chefferie Abiengama, est insuffisant (voir tableau I), mais prévoit le traitement ambulatoire d'une partie des lépreux.

Des séances de traitement hebdomadaires seront faites dans chacun de ces dispensaires. Des infirmiers, logeant près de chaque village, pourront faire les pansements nécessaires.

Les habitants du village vivront de la vie indigène et l'on espère qu'ils feront des plantations. Ils seront cependant aidés par le reste de la chefferie. Que peut-on espérer de ce système? Tout d'abord un isolement relatif. Les contacts entre lépreux et sujets sains seront diminués, non complètement supprimés parce que le village est libre, sans garde et qu'il y aura forcément certaines relations avec le dehors (palabres, visites, etc.).

Ensuite, si le traitement se montre actif, on pourra escompter une diminution de l'excrétion des bacilles, des améliorations cliniques qui feront la plus utile propagande et la stérilisation possible des cas pris au début.

Ce sont là des résultats heureux et possibles.

Malheureusement, la Croix-Rouge du Congo est, pour raison budgétaire, forcée de se limiter aux seuls Mabudu-Makoda (chefferie Abiengama), ce qui paraît devoir enlever grandement de la valeur prophylactique au système.

En effet, la périphérie de la chefferie restant infectée, les contacts infectieux resteront très nombreux : les Makoda ne sont nullement séparés de leurs voisins de race (Mabudu d'autres groupes), ni même des indigènes d'autres races.

Une organisation vraiment active devrait s'étendre à la totalité de la zone endémique et au minimum à la région du Népoko en totalité.

Cette organisation exige tout d'abord une législation appropriée. A ce point de vue, on peut considérer comme un progrès important l'ordonnance du 10 octobre 1931 sur

la lutte contre les maladies pestilentielles, épidémiques, endémiques, etc., au Congo belge.

Avant cela, il n'existait rien et le médecin ne disposait d'aucun moyen légal d'influencer les indigènes.

La lèpre est citée à l'article 1^{er}, paragraphe C, comme maladie endémique dont la déclaration est obligatoire et obligatoire en particulier pour les chefs et sous-chefs indigènes.

Les autorités médicales ont le droit de convoquer et de mettre en observation les sujets suspects et d'exiger le traitement des malades.

Le règlement-annexe à l'ordonnance oblige les lépreux à se soumettre à toute décision du médecin et prévoit même l'isolement éventuel des enfants de lépreux.

Le médecin dispose donc actuellement d'une législation suffisante. A mon sens, il faut recourir aussi peu que possible aux mesures de pression, mais elles peuvent être utiles dans tel ou tel cas, appliquées à de « fortes têtes » et à des négligents.

Mais il n'y a pas que la législation, il faut aussi son application. A ce point de vue toute lutte contre la lèpre fait appel à un concours actif de l'administration territoriale. Cet appui est en particulier nécessaire pour la construction des villages de lépreux, pour le recensement, pour l'hospitalisation dans les villages spéciaux et aussi pour le ravitaillement de ces villages et le développement de leurs cultures.

Avec cet appui administratif la lutte pourrait se développer de la façon suivante :

La première mesure à prendre, — elle n'exige que la décision de l'administration, — c'est la réorganisation de villages de lépreux dans chaque chefferie. J'ai parlé précédemment de ces villages et indiqué que, malgré quelque tendance contraire, ils sont dans l'ensemble en déclin.

C'est regrettable. En effet, ces formations rendraient provisoirement et sans grands frais de notables services.

Elles réaliseraient un isolement peu rigoureux peut-être, mais de l'ordre de celui de nos villages actuels de la Croix-Rouge et vraisemblablement un isolement plus rigoureux ne sera usuellement pas atteint ultérieurement. Au moins les contacts continus seront empêchés.

Ces villages serviraient du reste ultérieurement comme première ébauche du système de dispensaires ruraux et aussi comme indication rapide de l'abondance de la lèpre dans la chefferie.

En outre, leur existence a pour l'indigène une réelle valeur éducative, lui apprenant à éviter les contacts. D'autre part, les lépreux y apprennent à compter sur eux-mêmes et à faire des plantations.

La seconde mesure à prendre, — je dis seconde parce qu'elle exige plus de temps, — c'est de créer à un endroit bien choisi — Pawa probablement — un laboratoire bien outillé, avec dispensaire et petit hôpital d'observation.

Le but de cette formation serait double : scientifique tout d'abord, il serait un centre de recherches sur la lèpre, jouissant d'un abondant matériel d'étude. Au point de vue pratique, il rechercherait tout d'abord un traitement pleinement effectif; d'autre part, il présiderait au recensement de la région.

J'ai dit plus haut qu'un recensement aussi complet que celui effectué chez les Mabudu-Makuda n'est pas absolument indispensable au début. Appuyé sur ce recensement, il rechercherait les points les plus intéressants pour y établir dispensaires et villages.

Tout ce travail pratique se ferait évidemment avec l'aide d'agents sanitaires. Autant que possible les villages-dispensaires se feraient par transformation des villages de lépreux créés par les chefs eux-mêmes.

Grâce à l'excellent réseau routier du pays, la surveillance des villages serait fort facilitée. Un agent sanitaire peut assurer la surveillance de trois ou quatre villages. Dans chacun de ces villages résideraient deux ou trois infir-

miers noirs et l'agent sanitaire assisterait une fois par semaine à la séance de traitement et visiterait le village (constructions, hygiène, ravitaillement, etc.).

Le médecin passerait plus rarement dans ces villages pour y surveiller les résultats du traitement, l'établissement des observations, etc.

Quand la chose serait possible, les lépreux entrant en traitement seraient gardés en observation quelques jours à l'hôpital central afin d'établir leur fiche clinique et d'indiquer leur traitement.

On peut prévoir qu'avec un médecin et quatre ou cinq agents sanitaires, on pourrait étendre le bénéfice de la campagne antilépreuse à la région comprise entre Poko-Rungu au nord et Wamba-Medje au sud.

Ce personnel serait appuyé par les formations médicales de la Croix-Rouge, qui assure dans la région l'assistance médicale indigène.

Où il existe des médecins de la Croix-Rouge, il serait possible de compter sur leurs inspections de certains dispensaires de façon à faire gagner du temps au médecin du laboratoire.

L'intérêt scientifique de cette formation serait considérable. Bien équipé, le laboratoire trouverait à sa disposition un abondant matériel d'étude et pourrait entreprendre toutes recherches. Ainsi serait accompli le vœu de la Société des Nations : « chaque pays à lèpre endémique doit posséder au moins un centre pour l'étude de la maladie, avec des laboratoires de recherche » (1).

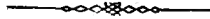
L'intérêt médical pratique est aussi évident. Il faut absolument protéger la populeuse région du Népoko contre l'extension de la lèpre. L'expérience acquise en cette région servira utilement ailleurs au Congo. La lutte contre la lèpre dans le Népoko paraît spécialement intéressante

(1) *Principe de la Prophylaxie de la Lèpre*. Genève, 1931. Société des Nations.

à cause de la densité de la population et aussi à cause du développement économique possible de cette partie de l'Afrique.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur le côté humanitaire de l'entreprise. Celui qui a vu les lépreux, mutilés, souffrant et rejetés de la communauté indigène, mais conservant malgré tout la gaieté et la confiance en nos moyens thérapeutiques, ne saurait rester indifférent à leur misère et ne pas chercher de toute façon à leur faire accorder cet appui, cette protection et cette thérapeutique qu'ils réclament instamment.

Pawa, 1931. — Bruxelles, 1932.



LISTE DES MÉMOIRES PUBLIÉS

COLLECTION IN-4°

SECTION DES SCIENCES NATURELLES ET MÉDICALES

Tome I.

1. ROBYNS, W., *Les espèces congolaises du genre Dipitaria Hail* (52 p., 6 pl., 1931). fr. 20 »
2. VANDERYST, R. P. HYAC., *Les roches oolithiques du système schisto-calcaireux dans le Congo occidental* (70 pages, 10 figures, 1932) 20 »
3. VANDERYST, R. P. HYAC., *Introduction à la phytogéographie agrostologique de la province Congo-Kasai. (Les formations et associations)* (154 pages, 1932) 32 »
4. SCAËTTA, H., *Les famines périodiques dans le Ruanda. — Contribution à l'étude des aspects biologiques du phénomène* (42 pages, 1 carte, 12 diagrammes, 10 planches, 1932) 26 »
5. FONTAINAS, P. et ANSOTTE, M., *Perspectives minières de la région comprise entre le Nil, le lac Victoria et la frontière orientale du Congo belge* (27 p., 2 cartes, 1932). 10 »

SECTION DES SCIENCES TECHNIQUES

Tome I.

1. MAURY, J., *Triangulation du Katanga* (140 pages, fig., 1930) 25 »

COLLECTION IN-8°.

SECTION DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES

Tome III.

1. PLANCQUAERT, R. P. M., *Les Jaga et les Bayaka du Kwango* (184 pages, 18 planches, 1 carte, 1932). fr. 45 »

SECTION DES SCIENCES NATURELLES ET MÉDICALES

Tome I.

1. ROBYNS, W., *La colonisation végétale des laves récentes du volcan Rumoka (laves de Kateruzi)* (33 pages, 10 planches, 1 carte, 1932). fr. 15 »
2. DUBOIS, A., le Dr, *La lépre dans la région de Wamba-Pawa (Uele-Nepoko)* (87 pages, 1932) 13 »

Sous presse :

- VANDERYST, R. P. HYAC., *Introduction générale à l'étude agronomique du Haut-Kasai. Les domaines, districts, régions et sous-régions géo-agronomiques du Vicariat apostolique du Haut-Kasai* (in-4°).
- VANDERYST, R. P. HYAC., *L'élevage extensif du gros bétail par les populations indigènes du Congo portugais* (in-4°).
- PAGÈS, R. P., *Au Ruanda, sur les bords du lac Kivu, Congo belge. Un royaume hamite au centre de l'Afrique* (in-8°).
- ROBYNS, W., *Les espèces congolaises du genre Panicum L.* (in-4°).
- LEPLAE, E., *La crise agricole coloniale et les phases du développement de l'agriculture dans le Congo central* (in-8°).
- THOREAU, M. et DU TRIEU DE TERDONCK, *Le gîte d'uranium de Shinkolobwe-Kasolo (Katanga)* (in-4°).