

Institut Royal Colonial Belge

SECTION DES SCIENCES NATURELLES
ET MÉDICALES

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

Koninklijk Belgisch Koloniaal Instituut

AFDEELING DER NATUUR-
EN GENEESKUNDIGE WETENSCHAPPEN

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

LA
LÈPRE AU CONGO BELGE
EN 1938

PAR

A. DUBOIS

D'APRES LES RAPPORTS ET DOCUMENTS DE

L. VAN HOOF

Médecin en Chef de la Colonie,

ET DE

NOMBREUX MÉDECINS ET MISSIONNAIRES DE L'ASSISTANCE MÉDICALE INDIGÈNE,

EN PARTICULIER :

Dr HENNUY et Dr VAN ROY (Mayumbe); Dames Chanoinesses de Saint-Augustin (Mayumbe); Svenska Forbundet Mission (Kibanzi Bas-Congo); Drs KELLERSBERGER, TINSLEY-SMITH, CHAPMAN, COUSAR (American Presbyterian Congo Mission, Kasai-Sankuru); Dr HEMERYCKX (Mission de Tshumbe Sainte-Marie); Drs DUPUY et DE BRAUWERE (Foréami); Dr DRATZ (Basankusu); Dr LEWIS (Tunda); Drs PODDIGHE, MELPIGNANO, LIMBOS (Uele); Dr GIANTURCO (Tshoffa); Drs RADNA, DEGOTTE, ZANETTI (Croix-Rouge du Congo (Nepoko), etc.



BRUXELLES

Librairie Falk fils,

GEORGES VAN CAMPENHOUT, Successeur,
22, rue des Paroissiens, 22.

BRUSSEL

Boekhandel Falk zoon,

GEORGES VAN CAMPENHOUT, Opvolger,
22, Parochianenstraat, 22.

1940

LISTE DES MÉMOIRES PUBLIÉS

COLLECTION IN-8°

SECTION DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES

Tome I.

- PAGÈS, le R. P., *Au Ruanda, sur les bords du lac Kivu (Congo Belge). Un royaume hamite au centre de l'Afrique* (703 pages, 29 planches, 1 carte, 1933) . . . fr. 125 »

Tome II.

- LAMAN, K.-E., *Dictionnaire kikongo-français* (xciv-1183 pages, 1 carte, 1936) . . . fr. 300 »

Tome III.

1. PLANQUAERT, le R. P. M., *Les Jaga et les Bayaka du Kwango* (184 pages, 18 planches, 1 carte, 1932) . . . fr. 45 »
 2. LOUWERS, O., *Le problème financier et le problème économique au Congo Belge en 1932* (69 pages, 1933) . . . fr. 12 »
 3. MOTTOULLE, le Dr L., *Contribution à l'étude du déterminisme fonctionnel de l'industrie dans l'éducation de l'indigène congolais* (48 pages, 16 planches, 1934) . . . fr. 30 »

Tome IV.

MERTENS, le R. P. J., *Les Ba dzing de la Kamtsha :*

1. Première partie : *Ethnographie* (381 pages, 3 cartes, 42 figures, 10 planches, 1935) . . . fr. 60 »
 2. Deuxième partie : *Grammaire de l'Idzing de la Kamtsha* (xxxv-388 pages, 1938) . . . fr. 115 »
 3. Troisième partie : *Dictionnaire Idzing-Français suivi d'un aide-mémoire Français-Idzing* (240 pages, 1 carte, 1939) . . . fr. 70 »

Tome V.

1. VAN REETH, de E. P., *De Rol van den moederlijken oom in de inlandsche familie* (Verhandeling bekroond in den jaarlijkschen Wedstrijd voor 1935) (35 bl., 1935) . . . fr. 5 »
 2. LOUWERS, O., *Le problème colonial du point de vue international* (130 pages, 1936) . . . fr. 20 »
 3. BITTREMIEUX, le R. P. L., *La Société secrète des Bakhimba au Mayombe* (327 pages, 1 carte, 8 planches, 1936) . . . fr. 55 »

Tome VI.

- MOELLER, A., *Les grandes lignes des migrations des Bantous de la Province Orientale du Congo belge* (578 pages, 2 cartes, 6 planches, 1936) . . . fr. 100 »

Tome VII.

1. STRUYF, le R. P. I., *Les Bakongo dans leurs légendes* (280 pages, 1936) . . . fr. 55 »
 2. LOTAR, le R. P. L., *La grande chronique de l'Ubangi* (99 pages, 1 figure, 1937) . . . fr. 15 »
 3. VAN CAENEGHEM, de E. P. R., *Studie over de gewoontelijke strafbepalingen tegen het overspel bij de Babuba en Ba Lubua van Kasai* (Verhandeling welke in den Jaarlijkschen Wedstrijd voor 1937, den tweeden prijs bekomen heeft) (56 bl., 1938) . . . fr. 10 »
 4. HULSTAERT, le R. P. G., *Les sanctions coutumières contre l'adultère chez les Nkundó* (mémoire couronné au concours annuel de 1937) (53 pages, 1938) . . . fr. 10 »

Tome VIII.

- HULSTAERT, le R. P. G., *Le mariage des Nkundó* (520 pages, 1 carte, 1938) . . . fr. 100 »

Tome IX.

1. VAN WING, le R. P. J., *Études Bakongo. — II. Religion et Magie* (301 pages, 2 figures, 1 carte, 8 planches, 1938) . . . fr. 60 »
 2. TIARKO FOURCHE, J. A. et MORLIGHEM, H., *Les communications des indigènes du Kasai avec les âmes des morts* (78 pages, 1939) . . . fr. 12 »
 3. LOTAR, le R. P. L., *La grande Chronique du Bonou* (163 pages, 3 cartes, 1940) . . . fr. 30 »

LA
LÈPRE AU CONGO BELGE
EN 1938

PAR

A. DUBOIS

D'APRES LES RAPPORTS ET DOCUMENTS DE

L. VAN HOOF

Médecin en Chef de la Colonie,

ET DE

NOMBREUX MÉDECINS ET MISSIONNAIRES DE L'ASSISTANCE MÉDICALE INDIGÈNE,

EN PARTICULIER :

Dr HENNUY et Dr VAN ROY (Mayumbe); Dames Chanoinesses de Saint-Augustin (Mayumbe); Svenska Forbundet Mission (Kibanzi Bas-Congo); Drs KELLERSBERGER, TINSLEY-SMITH, CHAPMAN, COUSAR (American Presbyterian Congo Mission, Kasai-Sankuru); Dr HEMERYCKX (Mission de Tshumbe Sainte-Marie); Drs DUPUY et DE BRAUWERE (Foréami); Dr DRATZ (Basankusu); Dr LEWIS (Tunda); Drs PODDIGHE, MELPIGNANO, LIMBOS (Uele); Dr GIANTURCO (Tshoffa); Drs RADNA, DEGOTTE, ZANETTI (Croix-Rouge du Congo (Nepoko), etc.

Mémoire présenté à la séance du 20 janvier 1940.

LA

LÈPRE AU CONGO BELGE

EN 1938

Depuis quelques années le service d'hygiène de la Colonie attache un intérêt croissant à la lèpre, d'autant que les grandes endémies qui ont longtemps exigé toute son attention — maladie du sommeil spécialement — sont de plus en plus efficacement combattues. Aussi les derniers rapports du Médecin en chef et ceux du FORÉAMI fournissent-ils des documents importants à ce sujet, par la centralisation des observations de nombreux médecins.

Depuis 1927, grâce à l'appui du Gouvernement, la Croix-Rouge du Congo a installé des villages agricoles de lépreux au Nepoko, et de là aussi, nous avons une documentation assez abondante, de précision croissante, et qui pour moi personnellement a l'avantage d'être vécue.

A Bibanga, le D^r Kellersberger (American Presbyterian Congo Mission) a depuis plusieurs années développé une action antilépreuse et plus récemment le D^r Hemerijckx (Mission catholique de Tshumbe-Sainte-Marie) a commencé la lutte dans la région voisine du Sankuru. Ces deux derniers établissements n'avaient pas jusqu'à présent publié leurs rapports, dans la presse médicale tout au moins.

Lorsque, en 1937, le Ministre des Colonies, le regretté E. Rubbens, institua à Bruxelles la Commission de la

Lèpre, une des premières tâches que cet organisme a entreprises, fut de centraliser et de compléter notre documentation sur l'endémie lépreuse au Congo.

Elle reçut du médecin en chef de la Colonie une abondante documentation, dont une partie fut utilisée pour le rapport rédigé par A. Duren (37), au nom de la dite Commission.

L'ensemble des rapports ultérieurs fut condensé en un volumineux rapport général par L. Van Hoof, et c'est ce travail d'ensemble qui m'a servi de guide dans les pages suivantes, avec, en outre, quelques documents spéciaux. (Rapports de Pawa (Croix-Rouge du Congo), par exemple, etc.).

La part principale de cet exposé est donc basée sur le travail de nombreux médecins, dont j'ai rapporté quelques noms, de beaucoup d'autres, dont la tâche totale a été considérable, mais dont je n'ai pu citer les noms; j'aurais été forcé, en effet, de nommer tous les médecins de l'A.M.I. (Assistance Médicale Indigène).

Qu'il soit permis à quelqu'un qui, pour s'être souvent assis à la rustique table des dispensaires et sous le hangar de recensement, connaît bien la grandeur et la difficulté de leur rôle, de rappeler leur inlassable dévouement, leur essentielle contribution à l'assainissement de la Colonie et de les assurer de l'estime et de la confraternelle sympathie que nous ressentons tous pour eux.

La grandeur d'une œuvre ne se mesure pas à l'éclat extérieur, mais à l'importance des sacrifices consentis pour elle, à la valeur humaine des résultats acquis patiemment; à ce double point de vue, ces médecins sont au premier rang. Je suis heureux et fier de leur rendre ici ce témoignage.

**I. — STATISTIQUE GÉNÉRALE.
REPARTITION GÉOGRAPHIQUE DE LA LÈPRE
AU CONGO BELGE.**

En fin 1938, le médecin-chef de la Colonie estime que le chiffre d'environ 60.000 lépreux actuellement connu se rapproche du total réel des malades de la Colonie. Celle-ci aurait donc un indice endémique moyen d'environ 0,55 %.

Selon Van Hoof, ce serait même un chiffre maximum, car il estime qu'il y a plus de diagnostics positifs erronés que de cas authentiques ignorés ou négligés. Je sais par expérience que le médecin recenseur n'a que trop tendance à inscrire comme lépreux des sujets ayant seulement des macules de diagnostic incertain (1). Malgré cela, je suis porté à croire que le chiffre final sera plus élevé que 0,55. Il suffit de regarder la carte dressée par Van Hoof même, pour noter que si le Sud de la Colonie a un indice qui ne dépasse guère 0,25-0,30 %, tout le Nord pratiquement a des indices variant entre 1 % et 5 à 6 %, et que, par conséquent, la moyenne doit s'élever assez bien, d'autant qu'il s'agit de la région la plus peuplée.

J'avais cru, au Congrès du Caire, pouvoir proposer un indice moyen d'environ 1 % et je crois que ce chiffre est admissible.

Il est plus difficile de dire si la lèpre est en progression. Des affirmations contradictoires sont fournies à ce sujet. Van Hoof a fait remarquer avec raison que le fait qu'on

(1) Dans la région de Pawa nous avons, en rejetant le diagnostic en ces cas, abaissé très notablement l'index endémique. Au lieu du chiffre admis en 1931 de 11 %, nous admettons encore 4 % de lépreux et 2 % de suspects. L'examen de nombreux individus à plusieurs années d'intervalle (DUBOIS, 143, 77) a montré qu'il ne s'agissait pas en réalité de lèpre, mais de taches hypochromes d'étiologie différente, et du reste souvent incertaine.

connaît de plus en plus de lépreux tient surtout à ce que le recensement est plus exact.

Il note que la longue incubation de la lèpre exige, pour apprécier les variations possibles de l'index endémique ou éventuellement l'effet de mesures prophylactiques, des statistiques portant sur de nombreuses années.

Comme nous l'avons dit plus haut (en note), dans la région de la Croix-Rouge du Congo, l'index endémique donné actuellement est plus faible qu'autrefois, mais cela uniquement parce que les médecins sont plus exigeants en matière de diagnostic.

Hemeryckx, au Sankuru, en 1935, réexaminant des Bambuli, deux ans après un premier examen, a constaté une augmentation de nouveaux cas de 3,07 % en deux ans. Dans d'autres villages à forte endémicité (Ekalala Vuye, Ekalala Etshuna, Pen Elemo), il trouve 12,45 % de nouveaux cas chez les adultes; 12,36 % chez les enfants mâles et 20 % chez les filles ⁽²⁾. L'intervalle a été ici de quatre ans et demi et pour les enfants, tout au moins, il faut bien admettre une contagion relativement récente.

Il serait imprudent d'étendre ces constatations locales à toute la Colonie. Si nous nous reportons aux anciens chiffres estimés de Daniel (139), soit 4,5 % dans le Nepoko, nous trouvons encore maintenant 20 ans après un chiffre analogue de lépreux authentiques dans cette région.

La répartition des lépreux est variable dans diverses régions du Congo. Ci-dessous le tableau par province, dressé par Van Hoof.

La carte ci-jointe, empruntée au rapport du médecin-chef (1938), montre la même irrégularité de répartition. On notera particulièrement l'important foyer qui, partant du Nord de la Province de Lusambo s'étend à la plus grande partie du Centre et du Nord-Est de la Colonie.

(2) Adultes, 251, dont 35 nouveaux cas; garçons, 89, dont 11 nouveaux cas; filles, 55, dont 11 nouveaux cas.

**Cas traités dans les formations médicales sédentaires
et en service itinérant.**

	PROVINCES						Total.
	Léo.	Lus.	Coq.	Stan.	Cost.	E'ville.	
Hôp. et disp. du Gouvernement	103	473	2.020	145	120	175	3.036
Services itinérants ...		7.328	18 180	13.207	5.352	1.430	54.432
Disp. ruraux ou de circonscrip. indigènes	1.748	203	115	5.192	870	807	
Missions nationales ...	524	161	363	—	53	286	4.132
Missions étrangères ...	253	1.534	91	67	800		
Organismes philanthropiques	147	—	—	—	86	—	233
Entreprises privées ...	—	46	—	187	—	18	254
	2.778	9.745	20.769	18.798	7.281	2.716	62.087
							(*) Foréami : S.A.M.I. 2.237
							S.A.D.A.M.I. 30

(*) A ajouter au chiffre de la province de Léopoldville.

Van Hoof fait remarquer (com. verb.), au sujet de cette carte, que les chiffres très élevés observés de-ci de-là (> 10 %) concernent invariablement des localités bien limitées et qu'il ne faut pas étendre ces chiffres à une vaste région. Les rapports de Pawa montrent aussi entre les capita d'une même chefferie des variations de 6,43 % à 1,39 %, cela à quelques kilomètres de distance (Degotte).

Il semble y avoir, à première vue, une opposition entre la région de forêt (forte pluviosité), plus infectée, et les régions de savane (pluviosité moindre), qui le sont moins. Il ne faut cependant pas attribuer à ce facteur de géographie botanique une influence décisive, car il y a des régions de forêt très peu infectées (Mayumbe 0,25 %) et des régions de savane qui le sont assez fort. (Nord de l'Uele). Je me suis efforcé dans un travail présenté au Congrès du Caire d'élucider les conditions de géographie

physiques ou humaines qui différenciaient deux régions à endémicité aussi opposées que le Nepoko (5 %) et le Bas-Congo (0,3 %). Les résultats de cette enquête ont été assez décevants, mais il faut tenir compte de ce que nos connaissances géographiques sont encore assez imparfaites et je crois qu'une étude approfondie de ce genre pourrait apporter des renseignements utiles. La chute de pluie est bien plus forte au Nepoko qu'au Bas-Congo.

Van Hoof a signalé, récemment (com. verb.), l'intérêt qu'il y aurait à étudier les limites où l'index endémique varie fortement et brusquement.

II. — REPARTITION SELON L'AGE.

Van Hoof fait remarquer que le recensement met en évidence une proportion extrêmement faible d'enfants atteints.

Selon mon expérience de la région de Pawa, on voit, en effet, infiniment plus d'adultes lépreux que d'enfants atteints et nos villages agricoles de lépreux accusent la même disproportion.

Degotte, dans la même région, cite les chiffres suivants :

Chefferie Makoda.

Cas Ns ⁽³⁾	527 dont 24 au-dessous de 15 ans.
Cas NT ⁽³⁾	86 dont 13 au-dessous de 15 ans.
Cas L ⁽³⁾	58 dont 5 au-dessous de 15 ans.

Sur ce total il y a seulement 3 enfants au-dessous de 5 ans.

Chefferie Wadimbisa plus le groupe voisin des Bamodu.

Cas Ns	304 dont 14 au-dessous de 15 ans.
Cas NT	99 dont 9 au-dessous de 15 ans.
Cas L	40 dont 2 au-dessous de 15 ans.

Hemeryckx, par contre, dans des villages très infectés du Sankuru, cite un très haut indice endémique chez les enfants.

⁽³⁾ Classification du Congrès du Caire, cfr. DUBOIS, 76.

Dans les trois villages de Vuye, Etshuna et Elemo il y a sur :

204 adultes mâles... ..	47 lèpre (dont 3 latente)	23,03 %
213 adultes femmes	55 lèpre (dont 1 latente)	25,82 %
96 garçons	13 lèpre (dont 2 latente)	17,1 %
76 filles	15 lèpre (dont 5 latente)	19,72 %

Il faut noter le chiffre très élevé de lèpre latente (ponction ganglionnaire positive), soit 25 % des enfants lépreux. Ce sont surtout les enfants au-dessus de 6 ans qui ont présenté la maladie.

A la province de Coquilhatville, sur 840.000 individus examinés, il y a :

7.869 hommes	3,4 % des hommes.
8.460 femmes	3,0 % des femmes.
1.912 enfants	0,6 % des enfants.

Au FORÉAMI, en 1936, il y a 0,06 % chez les enfants du Bas-Congo et 0,03 % au Kwango contre 0,35 et 0,22 (indice général).

Je crois que, en général, les conditions de ces deux régions ou de Pawa correspondent à la moyenne et les conditions signalées par Hemeryckx à un foyer spécialement actif.

III. — REPARTITION SELON LE SEXE.

Selon Van Hoof, elle est dans l'ensemble assez égale. Cependant les rapports du FORÉAMI montrent que le recensement indique une fréquence légèrement plus grande chez l'homme.

1936. Bas-Congo.

	H.	F.	E.
Sur 100 lépreux... ..	45,87	44,22	9,91
% des lépreux dans la population.	0,48	0,38	0,06

1936. Kwango.

Sur 100 lépreux... ..	52,2	41,8	6
% des lépreux dans la population.	0,55	0,36	0,03

A Coquilhatville, la statistique citée plus haut montre aussi une légère différence : 3,4 % des hommes et 3 % des femmes.

Degotte signale chez les Makoda (Pawa) 374 lépreux pour 7.831 mâles (49 ‰) et 299 lépreuses pour 7.695 individus féminins (39 ‰); mais, à vrai dire, une situation inverse existe chez les Wadimbisa voisins (26,22 ♂ et 29,09 ♀ pour mille habitants).

Le petit foyer observé au Sankuru par Hemeryckx fait aussi exception (voir la statistique, p. 9) à une règle assez générale dans tant de pays.

IV. — REPARTITION DES FORMES N ET L ET DES LEPREUX BACILLIFERES. — FREQUENCE DE L'INVALIDITE.

La plupart des observateurs congolais admettent la grande prédominance des formes neurales. Dans la région fortement infectée du Nepoko, le fait est frappant. Radna (147) donne les chiffres suivants : il y a dans les villages d'isolement 20 % de cas L, dont 8 % de cas Ld. Mais si l'on s'adresse aux documents de recensement, cette proportion s'abaisse. Dans la même région, Degotte donne les chiffres ci-après, en additionnant le recensement des chefferies Makoda et Wadimbisa :

Lépreux au total : 1.116; cas lépromateux : 98; soit moins de 10 %.

Le Dr Cousar, à Lubondai (Luisa), signale parmi les patients 60 % de cas très avancés avec forte mutilation; 5 % de lèpre tuberculeuse et 35 % de lèpre anesthésique. Admettant volontiers que dans les 60 % très avancés il y a un certain nombre de cas LN, on arrive probablement à environ 10 % de lèpre L.

Hemeryckx signale au Sankuru 13 % de cas LN, 1 % de cas L et 86 % de cas N. après, à dire vrai, un examen assez rapide. Tous ces résultats sont assez concordants et permettent de fixer les cas L à 10 ou 15 % des lépreux.

Quant à ce qui concerne la contagiosité, il est plus difficile d'être formel parce que, personnellement, je ne considère pas le lépreux N comme complètement inoffensif.

Le nombre de diagnostics bactériologiques faits à la Colonie n'est pas assez étendu ni assez régulier pour être affirmatif à ce point de vue. Cependant, on admettra volontiers que le nombre de lépreux très infectieux se rapproche fort du nombre des cas L.

Ordinairement bénigne *quoad vitam*, la lèpre N est assez mutilante. Rien d'étonnant donc que nous observions un nombre considérable d'invalides par lésions acrotériques.

Dans sa statistique, Hemeryckx estime les invalides à 30 %. Il est vrai que dans plus de la moitié de ces cas l'invalidité serait due à d'autres causes que la lèpre : sénilité, cécité, etc.

V. — DESCRIPTION DE QUELQUES FOYERS.

1. Foyer de Pawa.

(D'après les rapports du D^r J. Degotte.)

Pawa est situé à 2°30 N. et 27°45 E., à une altitude moyenne de 800-900 m., à la limite Nord de la forêt tropicale. Il n'y a pas, du reste, à noter dans cette région une variation nette de l'index à la limite forêt-savane. Le climat est modérément chaud (température moyenne 22°), très pluvieux (± 2.000 mm. annuels) et avec une courte saison sèche en décembre, janvier, février.

Les habitants sont principalement des Bantus (Mabudus) et au Nord et au Sud des Soudanais (Mangbetu, Medje, Mayogo), sans compter quelques Pygmées.

L'alimentation comprend surtout la grande banane, un peu de manioc, maïs, riz, beaucoup d'huile de palme, des arachides, des légumes, du vin de palme et quelques fruits. Les protéines animales sont très rares.

L'état général est, en général, très satisfaisant et aucun syndrome de carence de vitamine ne s'individualise cliniquement. L'hygiène privée et publique est rudimentaire; la moralité sexuelle très relâchée, l'état démographique assez médiocre.

Occupations.

Ce sont essentiellement des agriculteurs qui produisent leurs propres vivres et, en outre, depuis quelques années du coton.

Autres maladies.

Les verminoses sont assez courantes, mais ordinairement peu graves. La malaria est très fréquente, cependant moins que dans la cuvette centrale. Le palper de la rate chez les enfants n'est positif que dans 15-20 % des cas. Aussi les jeunes adultes ont-ils parfois des accès assez sérieux.

Les maladies vénériennes sont assez fréquentes. La syphilis, activement traitée, est en régression. Le pian, autrefois surabondant, est devenu relativement rare, au moins sous ses formes actives.

La tuberculose se rencontre de-ci de-là. L'indice tuberculinique est vers 25 % (adultes). Les dysenteries et les affections du groupe typhoïdique ne sont pas signalées. Les épidémies sont singulièrement rares.

Densité de la population.

Elle serait d'environ 11 habitants par km², soit plus du double de la moyenne congolaise.

Les traditions concernant la lèpre sont assez vagues. Les noirs attribuent cependant parfois l'infection à la consommation de nourriture qui leur était « tabou ».

Fréquence et distribution de la lèpre : chefferie des Makoda, 673 cas sur 15.726 individus examinés (16.172

Chefferie des Makoda. — Nosologie.
(15,726 individus examinés.)

MALADIES.	Nombre de cas.	% indigènes examinés.
Lèpre	673	4,39
Taches suspectes de lèpre	306	1,97
Taches peu suspectes de lèpre	325	2,09
Syphilis II N. C.	4	} 122 0,79
Syphilis I A. C.	44	
Syphilis II A. C.	73	
Syphilis hérédit. A. C.	1	
Pian II N. C.	4	} 54 0,34
Pian III N. C.	17	
Pian I A. C.	1	
Pian II A. C.	6	
Pian III A. C.	26	} 18,89
Index splénique (enfants)	951	
Bilharziose rectale	3	} 4,38
Blennorragie (mâles adultes)	221	
Gale	1.492	

recensés), soit 4,39 %. La distribution est assez variable dans cette chefferie (entre 1,40 et 6,40); les variations n'ont pas pour l'instant d'explication bien évidente. Certains hameaux sont particulièrement riches en cas.

Classification des cas : 529 cas N; 86 cas Nt et 58 cas L.

L'âge d'apparition est, en général, entre 20 et 50 ans. Il n'y aurait donc que 8,61 % de cas L.

La répartition par sexe est de 49 lépreux pour 1.000 mâles et 39 lépreuses pour 1.000 sujets du sexe féminin.

Outre cette grande fréquence des cas N, il faut encore signaler dans ce pays de nombreux cas peu évolutifs ou abortifs, dont une partie est à trouver dans les 2 % d'individus qui ont des taches suspectes de lèpre. Des constatations analogues ont été faites par Degotte dans la chefferie des Wadimbisa et dans la partie des Timoniko recensée

jusqu'à présent. Ici aussi les cas L ne représentent que 9 % des 443 malades recensés. Il me semble peu nécessaire de redire toutes ces remarques. Citons cependant le tableau nosologique suivant, résumant l'examen de 8.000 indigènes.

Chefferie des Wadimbisa, — Nosologie.

MALADIES.	Nombre de cas.	% indigènes examinés.
Lèpre	443	5,41
Suspects de lèpre	257	3,21
Peu suspects de lèpre	111	1,38
Syphilis I A. C.	23	} 0,58
Syphilis II et III A. C.	22	
Syphilis II et III N. C.	2	
Pian II A. C.	1	} 0,09
Pian III plant. A. C.	2	
Pian II N. C.	1	
Pian III plant. N. C.	3	
Splénomégalie (chez les enfants)	219	8,62
Ulcère phagédénique	14	
Blennorragie (mâles adultes)	93	4,01
Gale	498	
Hernies ing. et ing. scrot.	342	
Hernies ombilicales	54	
Goitre simple	6	
Varices	2	
Albinisme... ..	2	
Éléphantiasis scr. (début)	2	

2. Foyer de l'Uele.

On sait depuis longtemps que l'Uele est assez fortement infecté de lèpre. La mission récente de R. Radna dans cette région permet de préciser certains points au moins en ce qui concerne le Bas-Uele.

Cette région comprend deux territoires purement forestiers (Buta et Aketi) et deux territoires dont le Sud est forestier et le Nord en savane (Ango, Bondo).

La population de ces quatre territoires s'élève à 339.000 habitants avec des chiffres endémiques variant entre 2,3 et 5 %.

Parmi les lépreux les cas N représentent 82,5 %; les cas N allant vers L représentent 2,7 %; les cas L représentent 14,8 %.

Il semblerait qu'il y ait dans cette région une fréquence assez notable des lépromateux. Les mutilations sont très fréquentes aussi, comme le montre le tableau suivant (Radna) :

Territoire.	<i>Gravité des mutilations.</i>			
	Na1.	% sur total.	Na2.	% sur total.
Bondo ...	186	18,5	342	34
Ango ...	137	15,8	171	19,8
Aketi ...	62	27	64	28,4

<i>Gravité des mutilations enfants.</i>				
	31	24	19	14,8

Territoire.	<i>Gravité des mutilations.</i>			
	Na3.	% sur total.	Maculeux purs.	% sur total.
Bondo ...	302	30	122	11,9
Ango ...	163	18,8	306	35,8
Aketi ...	30	13,3	66	29,3

<i>Gravité des mutilations enfants.</i>				
	5	3,9		

Il est à peine besoin de dire que les cas Na2 et à fortiori Na3 présentent des mutilations importantes.

3. Foyer du Sankuru.

Nous ne possédons pas sur le foyer du Sankuru des documents très complets; cependant, les rapports du D^r Hemeryckx fournissent des détails intéressants.

Le village d'isolement de Tshumbe-Sainte-Marie est situé dans le territoire de Katako-Kombe, district du Sankuru. La population de ce territoire comprend : 40.841 hommes; 49.597 femmes; 36.751 enfants; mais ce

médecin ne s'occupe que d'environ 75.000 à 80.000 d'entre eux, au Nord de la Lubefu.

Le territoire est en zone de forêt.

Le D^r Hemeryckx distingue trois régions :

1. Le N.-E. avec 8.512 habitants et 793 lépreux, soit 9,2 % et des chiffres locaux variant de 4 à 25 %.

2. Le Sud avec des chiffres de 0,7 à 4,14 %.

3. Le N.-O., moins étudié, où un recensement partiel a donné 1 %.

Il y aurait, selon cet auteur, environ 3.000 lépreux dans tout ce secteur d'environ 125.000 habitants.

Comme au Nepoko, il y a quelques années, et du reste tant d'autres régions congolaises, le pian est très fréquent au N.-E.; la malaria, les verminoses sont courantes, les affections vénériennes aussi.

Il nous semble intéressant de recopier textuellement le rapport que ce médecin a consacré à trois villages spécialement infectés.

Congo belge

Province de Lusambo

—

Formation médicale

Tshumbe Sainte-Marie

—

**RAPPORT SUR UN MOIS DE ROUTE
DANS UNE RÉGION A FORT POURCENTAGE DE LÈPRE.**

(Mars-avril 1938.)

Ayant été appelé d'urgence dans la région Nord-Est du territoire de Katako-Kombe pour une question de variole, et ayant cru bon de rester dans le voisinage pour la tranquillité de la population, j'en ai profité pour examiner à fond trois villages vus et recensés en 1933. Ces villages : Ekalakala Vuye, Ekalakala Etshuna et Pen Elemo, présentaient un intérêt tout spécial, parce que, ayant jusqu'en 1935 le pourcentage le plus élevé de lépreux dans le territoire : respectivement 16,57, 11,81, 13,36 %, et comme vu ce déplacement urgent, je ne possédais pas le recensement de 1933, je ne serais donc pas influencé par mes diagnostics antérieurs; cela équivaut donc à un tout nouvel examen de la population et permettra ultérieurement la comparaison, par exemple au point de vue erreur de diagnostic.

Cet examen de 1938 a été fait beaucoup plus minutieusement et plus complètement; seules les parties pubiennes et génitales des femmes et enfants des deux sexes n'ont pas été examinées.

PREMIERE PARTIE.

Les villages : Ekalakala Vuye, Ekalakala Etshuna, Pen'Elemo.

1^o Comparaison août 1933-mars 1938 (après 4 ans plus 7 mois) :

A. — *Lépreux de 1933, 74 :*

1^o Décédés : 15, soit 20,27 % contre 10,57 % de décès chez les non-lépreux, soit presque le double.

2^o Erreurs de diagnostic : sur les 59 restants et revus en 1938 :

3 fois le diagnostic est infirmé complètement et déclaré non-lépreux : soit, 5,08 %;

5 fois le diagnostic est devenu : suspect de lèpre, 8,46 %, soit dans 8 cas ou 13,55 % des cas, le diagnostic a été pris en défaut : les raisons sont difficiles à préciser : d'une part, il peut y avoir eu guérison spontanée, ou disparition des manifestations lépreuses, d'autre part, nos observations de 1933 sont très élémentaires et sans schémas.

Ces erreurs sont évidemment trop élevées; et comme le diagnostic de lèpre entraîne pour l'intéressé de très graves conséquences : déclassement social, inaptitude à certains travaux, ségrégation éventuelle, il nous faut mettre tout en œuvre pour avoir un diagnostic certain. Le rapport annuel FORÉAMI signalait également ces erreurs de diagnostic.

Si les erreurs sont fréquentes, par contre, il n'y a aucun doute que beaucoup de lépreux échappent au diagnostic.

B. — *Suspects de 1933, 5 :*

2 sont décédés et 1 des 3 restants est déclaré lépreux : ces chiffres sont trop faibles pour être concluants.

C. — *Néant* : ou les non-lépreux de 1933, 501 personnes :

63 personnes sur 501 sont décédées, soit 10,57 %;

13 personnes ont quitté les lieux, chiffre quasi négligeable;

15 hommes sur 267 (population masculine totale, plusieurs étant encore enfants en 1933), soit 5,61 %, sont partis comme travailleurs à longue distance, surtout aux mines. Puisqu'ils sont l'objet d'un triage soigné, on peut les considérer comme indemnes de lèpre.

Nouveaux suspects : 38 sur les 425, soit 8,94 %.

Nouveaux lépreux : 57 sur 425, soit 13,41 %. Pour ces derniers, cependant, il est intéressant de considérer séparément adultes et enfants.

Adultes : 281 (137 hommes plus 144 femmes), 35 nouveaux cas, soit 12,45 %. Il est probable que plusieurs ne sont pas à proprement parler des nouveaux cas de lèpre, certains ont pu ne pas être diagnostiqués en 1933.

Mais pour les enfants, il en est tout autrement : la grande majorité des nouveaux cas sont bel et bien de nouveaux lépreux, c'est-à-dire

que n'étant pas cliniquement lépreux en 1933, leur lèpre est devenue apparente, ou ils ont été infectés depuis lors.

Garçons : 11 nouveaux cas sur 89, soit 12,36 %.

Filles : 11 nouveaux cas sur 55, soit 20,00 %.

Voici comment se répartissent les âges (1 cas suspect) :

- 1 nouveau L. 1938 avait 1 an en 1933.
- 1 nouveau L. 1938 avait 3 ans en 1933, soit 2 avant 6 ans.
- 2 nouveaux L. 1938 avaient 6 ans en 1933.
- 5 nouveaux L. 1938 avaient 7 ans en 1933.
- 4 nouveaux L. 1938 avaient 8 ans en 1933.
- 1 nouveau L. 1938 avait 9 ans en 1933.
- 5 nouveaux L. 1938 avaient 10 ans en 1933.
- 2 nouveaux L. 1938 avaient 12 ans en 1933, soit 19 de 6 à 12 ans (82,6 %).
- 1 nouveau L. 1938 avait 14 ans en 1933.
- 1 nouveau L. 1938 avait 17 ans en 1933, soit 2 après 12 ans.

D. — Les examens microscopiques :

	Cliniquement indemnes			SUSPECTS : examens: négatifs				LÉPREUX : examens: négatifs				LÉPREUX : ex. : M. L.(*) ++			
	ganglions cervicaux	ganglions inguinaux	M. L.(*) + (= lèpre latente)	ganglions cervicaux	ganglions inguinaux	taches	mucus nasal	ganglions cervicaux	ganglions inguinaux	taches lépromes	mucus nasal	ganglions cervicaux	ganglions inguinaux	taches lépromes	mucus nasal
Vuye . . .	108	1	3	44	—	40	41	27	—	25	26	9	—	6	10
Etshuna . .	—	—	—	47	—	16	17	25	—	25	26	9	—	3	6
Elemo. . .	3	409	7	—	31	27	26	5	31	35	31	4	8	4	12
Totaux . .				31	31	53	54	57	31	85	83	19	8	13	28

(*) *Mycobacterium leprae*.

Le total des examens microscopiques pour lèpre s'est porté à 714 examens, tous des examens uniques faits par les aides-infirmiers microscopistes. Les examens positifs ont tous été contrôlés par moi.

Chez les indemnes, le nombre d'examen du suc ganglionnaire cervical et inguino-crural est sensiblement le même, cependant les résultats positifs diffèrent quasi du double :

Le suc ganglionnaire cervical a permis de déceler 2,77 % de + (= lèpre latente); le suc inguinal a permis de déceler 6,42 %.

(N. B. — Les résultats douteux n'y rentrent pas.)

Chez les lépreux :

- Le suc ganglionnaire cervical donne 19/75, soit 23 % de M.L.
- Le suc ganglionnaire inguinal donne 8/39, soit 20,51 % de M.L.
- Les taches et lépromes donnent 13/98, soit 13,26 % de M.L.
- Le mucus nasal, sans curettage, donne... .. 28/111, soit 25,22 % de M.L.

E. — *Les lépreux :*

1° Quant au sexe : l'élément féminin prédomine légèrement tant chez l'adulte que chez l'enfant :

Adultes	hommes 23,03, contre femmes 25,82 %.
Enfants...	garçons 17,1, contre filles 19,72 %.

2° Quant à l'âge : le pourcentage de lépreux parmi les enfants est très élevé. En partie, cela provient d'un nombre proportionnellement élevé de lèpre latente : 7 cas sur les 28 lépreux enfants, soit 25 %.

Cependant mes statistiques de 1933 donnaient également un % élevé de lèpre parmi les enfants :

	Garçons.	Filles.
Ekalakala Vuye	6,66	16,66 %.
Ekalakala Etshuna	4,55	10,52 %.
Pen' Elemo	9,30	9,67 %.

3° Quant au diagnostic : 54 fois le diagnostic est confirmé par l'examen microscopique, soit 45,38 %; en y comptant les cas de lèpre latente, la moitié des cas sont étayés d'une confirmation microscopique.

Ce chiffre pourrait être plus élevé, de même que celui de L. latente avec un personnel entraîné (c'est le premier examen de cette envergure), des examens répétés, une technique plus adéquate : biopsie des macules et lépromes, raclage de la muqueuse nasale.

Dans la lèpre maculo-anesthésique les cas bactério-positifs sont aussi moins nombreux.

4° Lèpre latente : de 2,77 à 6,42 % et un total de 4,52 % des examens ganglionnaires chez les indemnes cliniquement sont évidemment des chiffres impressionnants. Dans un milieu tellement infecté (20,20 % de la population sans les cas latents), cela ne doit pas étonner (cf. Klingmüller : « Lepra » 1930, p. 410 et « Ergebnisse der Lepraforschung seit 1930 », p. 40). Cet auteur, résumant les données de divers travaux, donne 12,5 % de lèpre latente dans l'entourage immédiat des lépreux. Il y signale également le cas où après un certain temps se sont manifestés des symptômes cliniques de lèpre.

Cette question vient gravement compliquer le problème déjà si épineux de la prophylaxie de la lèpre. Nous pouvons conclure, avec Jeanselme : pour établir l'indice de la lèpre dans une région, il n'est pas suffisant d'enregistrer les cas dont le diagnostic clinique et bactériologique est de toute évidence. Il faut en outre, chez un certain nombre de sujets paraissant indemnes, prélever du mucus nasal et du suc ganglionnaire. Nos recherches sur la lèpre latente n'intéressent pas seulement l'entourage immédiat des malades, mais le village entier, à l'exception des petits enfants.

5° Stade évolutif : sur l'ensemble de ces lépreux :

0,92 % de formes lépromateuses pures;
86,11 % de formes maculo-anesthésiques;
12,96 % de formes mixtes.

Ces résultats ne peuvent pas être considérés comme définitifs, car plusieurs cas de forme nerveuse peuvent très bien être compliqués d'atteinte lépromateuse sans que cela apparaisse à un premier examen; d'autres aussi pourraient n'être qu'une forme nerveuse secondaire. Ces examens, surtout si l'on veut faire l'examen de la sensibilité, doivent être faits sur des malades suivis régulièrement.

6° Au point de vue social : 29,62 % sont des malades invalides (mutilations, etc.), parmi lesquels cependant je note 18,75 % d'invalidité due à d'autres causes que la lèpre : sénilité, cécité, etc.

Au point de vue familial :

	Nombre total de familles.	Nombre de familles avec 1 ou + lépreux.	Célibataires lépreux.	Femmes seules lépreuses.
Ekalakala Vuye	49	25	5	3
Ekalakala Etshuna ...	43	20	5	3
Pen' Elemo	64	33	5	3
	156	78	15	9

Donc la moitié des familles contient au moins un membre atteint de lèpre.

106 lépreux se répartissent parmi ces 78 familles.

Ces 78 familles comprennent en outre 177 membres non atteints.

Quoique les liens de famille qui unissent l'indigène soient assez lâches, ces chiffres peuvent, toutefois, donner une idée des difficultés sérieuses qui surgiront s'il était question un jour d'isoler les malades.

Il n'est pas hasardeux de supposer que parmi les membres indemnes, à ce jour, se déclareront de nombreux cas nouveaux de lèpre.

Les malades, ensemble avec leur famille, représentent 130 lépreux; 177 indemnes, soit : 307 personnes, soit en somme plus de la moitié de la population.

(Total : 589 — 307 = 282 personnes vivant en milieu familial indemne).

Ce sont ces considérations qui, en 1933, m'ont fait émettre une proposition de déplacer la partie saine du village et de laisser en place la partie contaminée, en attendant de pouvoir faire mieux; cela aurait aussi l'avantage de laisser les champs en production aux malheureux.

7° Au point de vue contamination : Il m'a semblé assez illusoire de rechercher les contaminations possibles ou probables pour chaque cas :

Vu le grand % de lépreux, la possibilité de contagion étant quasi générale, vu la difficulté d'enquête par instabilité du mariage, par héritage de femmes et enfants, par la mentalité indigène qui n'aime pas « accuser » ses ancêtres (peur des mânes???)

Les indigènes ne croient pas d'ailleurs à la contagion; je n'ai pas manqué de leur montrer quelques cas très typiques de contamination familiale.

8° Un mot d'histoire : Dans chacun de ces villages j'ai réuni les anciens pour les interroger à ce sujet. Ils sont unanimes à dire :

1° Qu'avant l'arrivée des Basambales (invasion des Arabisés), la lèpre existait dans la région, mais à l'état sporadique;

2° L'extension que nous lui connaissons maintenant a commencé avec l'occupation et un certain mélange des deux races (rapt de femmes);

3° Parmi ces Arabisés, il y avait de nombreux lépreux;

4° La cause de cette extension est à trouver dans deux faits : l'abolition et la non-observance des tabous et l'introduction de l'usage culinaire de pots en terre cuite (encore maintenant beaucoup cuisinent les aliments à feu doux, simplement dans des feuilles). Aussi, dans toute la chefferie des Aséokundas, la fabrication des pots est-elle inconnue encore à ce jour.

Ceci corrobore peut-être en partie les dires des anciens : alors que j'observe souvent une ascendance lépreuse chez les jeunes lépreux, il ne m'a pas réussi d'en trouver une chez les lépreux âgés.

Art. III. — Quelques autres aspects pathologiques de ces villages.

Voici un aperçu plus ou moins complet de l'aspect pathologique « externe » d'un de ces villages :

Ekalakala Vuye : 44 hommes, 49 femmes, 24 garçons, 13 filles; total : 130.

1. Affections cutanées.

	Nombre de cas.
Pian second	11
Pian tertiaire	16
Gale	60
Pityriasis	43
Chiques ± nombreuses ...	38
Teignes	14
Blessures simples	6
Ulcères phagédén.	3
Séquelles d'ulcère tropical	13
Fissures plantaires	3
Nodosités juxtaartic. ...	2
Chancre mou	1
Urticaire	2
Furoncles... ..	1
Hydradénite axil.	1
Molluscum contagiosum .	2
Tumeurs bénignes	7
Taches pigment. congén.	1
T. dépigm. p. pian	5

2. Autres affections.

	Nombre de cas.
Affections oculaires	4
Goitre	3
Varices	1
Affection cardiaque	1
Hernie ombilicale	6
Hernie inguin. scrot. ...	3
Éventrations	2
Ankyloses	2
Attitudes vicieuses mains.	2
Abcès maxillaire	1
Nécrose nasopalatine ...	1
Émasculation totale par ulcère	1
Infantilisme	1
Athrepsie	1
Débilité phys. avancée ...	2
Arriération mentale	1

Pour compléter cet aperçu, il aurait fallu encore l'index splénique et des recherches sur les helminthiases; malheureusement ces examens n'ont pas été faits.

Ces observations superficielles pouvant se faire « à vue d'œil », il n'est toutefois pas possible de le faire partout, car cela demande un temps énorme. Aussi, généralement en brousse, nous nous contentons de l'observation des affections les plus graves et d'un intérêt thérapeutique immédiat.

Dans l'ensemble des trois groupes de villages nous enregistrons :

	Nombre de cas.	%		Nombre de cas.
Pian II	28	7,9	Blennorrhagie	4
Pian III	47	4,7	Chancre mou	2
Ulc. phagéd. ...	13	2,2	Syphilis	néant
Mycétome	1	—	Cécité... ..	3
			Hernie	14

Cet aperçu ci-dessus des affections cutanées n'a pas besoin de commentaires. Ajoutez à cela la promiscuité des cases, la saleté crasseuse du sol et des grabats, la malpropreté générale, la nudité, les nombreux insectes tant piqueurs qu'autres, c'est à se demander : comment peut-il en rester un seul indemne?

Art. V. — Conditions générales d'hygiène.

A. — Caractéristiques géo-agronomiques et climatiques.

1° La grande forêt équatoriale, avec son humidité et sa fraîcheur. Les villages, par contre, éclaircis quasi totalement, dépourvus d'ombrage, sont surchauffés pendant le jour, sans renouvellement d'air.

2° Terrain superficiel : argileux pur, rouge, formant une couche imperméable. A chaque pluie, les rivières et ruisseaux sont en crue, mais la couche humifère est insuffisante à retenir l'eau qui s'écoule par toutes les dépressions de terrain. Aussi, en saison sèche, la plupart des ruisseaux se dessèchent ou ne laissent qu'un mince filet d'eau.

3° Les insectes piqueurs sont nombreux : toute la journée on est piqué par de petites mouches. Le soir et le matin par des maringouins. Aussi, dès le premier jour de séjour, tout nouveau venu y est-il couvert de plaques prurigineuses.

B. — Ressources insuffisantes en eau.

Depuis 1933, où j'avais signalé cet état de choses, les sources ont été aménagées et sont dans un état d'entretien satisfaisant.

Seulement, comme la quantité d'eau est peu abondante, les endroits de bain sont insuffisants, et l'eau trop peu renouvelée. Les soins de propreté la plus élémentaire doivent en souffrir. Imaginez-vous alors les points d'infection qu'ils constituent : lépreux, ulcères phagédéniques, pianiques, etc.

C. — Ressources alimentaires.

Je crois que, au point de vue quantité, les ressources alimentaires ne manquent pas, on ne peut pas dire qu'il y ait danger de disette.

Ressources en hydrates de C : alimentation de base constituée quasi

uniquement par les grosses bananes. Celles-ci sont pilées et préparées en bouillies après être cuites.

Le riz, quoique abondant, est peu consommé et est surtout un produit de vente pour les mines.

Le manioc n'est pas estimé et ne sert qu'en cas de disette; il est relativement abondant.

Ressources en protéines : Le gibier est abondant, mais ce ne sont probablement que les plus forts qui en profitent.

L'élevage de chèvres, moutons, canards et poules sert surtout à constituer des dots.

La culture des haricots n'y est pas pratiquée.

Ressources en graisses : Les palmiers sont moins abondants que partout ailleurs, et il est impossible de se procurer de l'huile dans ces villages; la préparation y est mal connue et se fait avec des noix à demi pourries, donnant une huile excessivement acide.

Les arachides sont cultivées pour la vente, les indigènes ne connaissent pas la préparation de l'huile : sont consommées grillées comme friandise.

Ressources en vitamines : Les légumes, peu variés, sont toujours cuits.

Les fruits se consommant frais sont pratiquement inexistantes, de quelque nature qu'ils soient.

Je ne possède malheureusement pas assez de documentation sur la valeur en vitamines des aliments indigènes : je pense même que les recherches à ce sujet très peu poussées.

Le *Vade-Mecum Merck* 1938 donne pour bananes : vit. A ?; B +; C + toutes quantités très minimes.

J'incline à penser que cette population est surtout carencée en vitamines B :

B2 : surfaces cutanées peu résistantes, pian, ulcère phagédénique, etc.

B1 : lèpre nerveuse;

Cette question, évidemment, ne saurait être élucidée pour le moment. Mais il n'est pas douteux que qualitativement l'alimentation de ces populations laisse à désirer.

D. — *Habitations.*

Le type d'habitation est la petite case en pisé : voici quelques mesures moyennes :

	Petite case.	Moyenne case.	Grande case.	Case batetela.
Longueur	2 ^m 70	3 ^m 50	6 ^m 00	6 ^m 00
Largeur	2 ^m 10-2 ^m 30	2 ^m 30	3 ^m 00	4 ^m 00
Hauteur totale	2 ^m 00	2 ^m 10	2 ^m 30	4 ^m 00
Petites cases	27			
Moyennes cases	28			
Grandes cases	4	+ 17 cases doubles + 3 triples.		
Type batetela	5			
La surface abritée (en chiffres ronds)				1.400 m ²
Le cubage abrité				1.300 m ³

Cela représente une moyenne de 15 m³ de cubage abrité et de 7 m² de surface abritée par personne.

A première vue cela paraît suffisant, mais n'oublions pas qu'il ne s'agit pas seulement de cubage ou surface habitée ou occupée. Plusieurs de ces cases sont normalement inoccupées, un homme qui se respecte possède une case pour les étrangers; en plus, dans la plupart des cases, moisson, chèvres, moutons, poules, canards, chiens et toute la famille sont tassés dans la même case.

Au point de vue certain confort : il n'en existe aucun : beaucoup dorment sur quelques sticks à terre; de couvertures, etc., il n'en est quasi pas; j'ai réussi à trouver une malingre table; les chaises-longues (sales!), par contre, sont nombreuses; évidemment chacun mange dans ses mains autour du pot commun; la pipe fait le tour de la compagnie; les W.-C. n'existent pas.

E. — *Propreté corporelle.*

Les vêtements se réduisent à peu de chose, cependant ce n'est pas parce qu'ils manquent : les vêtements servent pour certaines circonstances. Et ces vêtements sont toujours très propres.

Le savon est extrêmement rare et ne sert qu'à laver les vêtements. Ils n'en connaissent pas non plus la préparation à l'indigène. Les anciens sont fiers de déclarer qu'ils ne se lavent jamais, aussi ai-je reçu un jour une délégation demandant que du moins, eux les anciens, je ne les envoie pas au bain avant l'examen médical.

Avant de commencer l'examen médical d'un village, j'envoyais tout le monde à l'eau, souvent jusqu'à trois fois de suite, car il n'est pas exagéré de dire que sans cela beaucoup de taches échapperaient sous la couche de saleté recouvrant le corps.

Les mères qui lavent quelquefois leurs enfants sont insultées par les vieilles.

Notons encore que, comme partout ailleurs, le noir se mouche à terre et s'essuie ensuite les mains aux sticks de la case surtout (1/4 des lépreux, soit 7 % de la population, ômet constamment des bacilles par le nez!).

Vu le pourcentage exceptionnellement élevé de lépreux dans ces trois villages, j'ai cru bon de détailler quelque peu quelques données susceptibles d'aider à élucider ce problème épineux de la lèpre et de sa contagiosité.

Malheureusement ces données sont loin d'être complètes. Il en faudrait beaucoup d'autres : les index de malaria; les index de parasitisme intestinal; l'index de lèpre latente pour l'entourage immédiat, pour le village entier; pour examens ganglionnaires; pour examen mucus nasal.

La contamination parents-enfants, quant à la forme de la lèpre contaminante.

Index lépreux; index de promiscuité; recherches sur les insectes vecteurs possibles de bacilles : rongeurs; rats, par exemple, etc.

J'essayerai de formuler quelques conclusions et propositions à la fin des autres parties de ce rapport, après avoir étudié la lèpre dans les autres villages de cette région.

Ngomba, le 24 mai 1938.

(s.) Dr FR. HEMERJCKX,

Médecin d'Etat aux missions nationales
à Tsumbe-Sainte-Marie.

RÉCAPITULATION ET REVISION DE TOUTES LES DONNÉES QUE NOUS POSSÉDONS AU SUJET DU RECENSEMENT DE LA LÈPRE DANS CETTE RÉGION NORD-EST DU TERRITOIRE ENTRE LES RIVIÈRES TSHUAPA ET LOMAMI.

RECENSEMENT 1933.

	Population.	Lépreux.	%
Alanga... ..	1.387	71	4,3
Ambuli	1.684	145	8
Arabisés	469	32	6,75
Aringa... ..	58	4	6,89
Pygmoïdes	52	2	3,8

254

Remarque. — Pour les Ambili, ce sont les chiffres modifiés à la suite des revisions partielles en 1935.

RECENSEMENT 1935.

	Population.	Lépreux.	%
Ulungu	105	8	7,61
Okolonga	137	13	9,48
Mushindo	70	4	5,71
Pena Ngongo	74	5	6,75
Pena Wedi	72	5	6,94
Aluba	119	9	7,56
Pena Kioni	118	18	15,25
Samalu	193	29	15,02
Bolaiti-Luseke... ..	191	15	7,85
Malawo	149	13	8,72
Longomo	55	10	18,18
Ekulukulu... ..	95	10	10,52

139

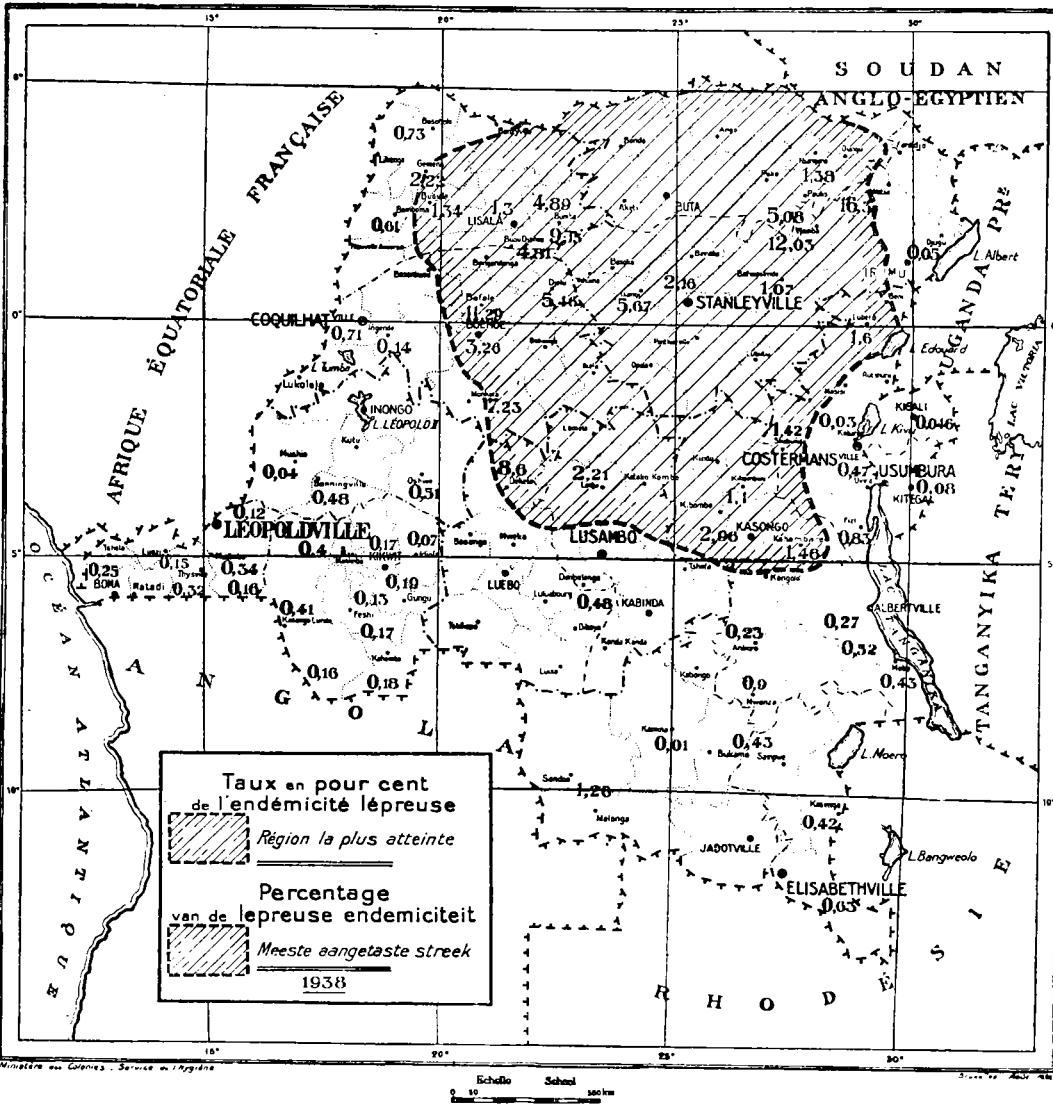
Remarque. — Ces chiffres ont été modifiés sur ceux de 1935 en y faisant entrer les divers de 1938 de ces villages.

Le total des lépreux de cette région se divise comme suit quant à leur secteur ou chefferie :

RECENSEMENT 1938.

Secteur des Balanga (complet)	71
Secteur des Bambuli (complet)	145
Secteur des Arabisés (complet)	102
Secteur des Aseokunda (complet)	415

CONGO BELGE - BELGISCH CONGO



Secteur des Basambala (partie située dans régions des Aseokunda)	54
Petit groupe des Karinga	4
Pygmoïdes dispersés... ..	2
Total des lépreux... ..	793

Total de la population : 8.512, soit 9,2 % de lépreux avec des chiffres variant de 4 à 25 %.

4. Région du Bas-Congo et du Kwango.

Cette région a un index faible, mais bien connu par les recensements répétés des médecins du FORÉAMI, lesquels ont été condensés dans un rapport spécial de Dupuy (1936-1937, 144-145) et de De Brauwere (1938, 140).

En 1936, l'index endémique varie de 0,20 % (Mayumbe, région forestière) à 0,57 % (Cataractes Nord-savanes) et est en moyenne de 0,35 % au Bas-Congo et 0,22 % au Kwango. Dans cette dernière région il y a des secteurs très peu atteints comme ceux de Lukula-Feshi-Haut-Kwango, avec 0,08 %, et d'autres qui le sont davantage (Bas-Kwilu 0,48 %, Moyenne-Wamba 0,43 %).

Il n'y a pas, semble-t-il, d'augmentation du nombre des cas, mais plus probablement régression. La forme nerveuse est prédominante.

Sur 100 lépreux il y a :

	♂	♀	E.
	—	—	—
Bas-Congo	45,87 %	44,22 %	9,91 %
Kwango	52,2	41,8	6

La répartition dans les diverses classes de la population est la suivante :

	♂	♀	E.
	—	—	—
Bas-Congo	0,48 %	0,38 %	0,06 %
Kwango	0,55	0,36	0,03

5. Bibanga, territoire de Kabinda.

En réalité la région ne nous est pas bien connue faute de recensement et il s'agit d'une léproserie. Importance de la population : 135.816 hommes; 178,680 femmes, 99.009 garçons et 87.005 filles. Géographie : pays de savane. Nombre de lépreux : il a été diagnostiqué depuis 1928, 1.355 lépreux, mais il ne s'agit pas de recensement.

La léproserie de Bibanga.

En 1938, le D^r Kellersberger avait 485 malades en traitement. Le personnel comprend 2 infirmiers et 3 élèves. Aucune coercition n'est exercée. Le malade doit promettre d'accepter le règlement. Il existe des capitats de villages et de rues et un tribunal de lépreux. Ceux-ci se dirigent, en grande partie, eux-mêmes. Le médecin-directeur passe la visite au moins une fois par semaine. L'activité des lépreux est assez considérable : culture, élevage, petits travaux, aide aux dispensaires; il y a 10 instituteurs. Les maisons sont construites en briques sèches.

Un service religieux a lieu chaque jour.

L'établissement est de religion protestante (A.P.C.M.), mais la liberté des cultes est complète et il y a des catholiques parmi les pensionnaires.

Une belle plantation d'*Hydnocarpus anthelmintica* est en période de rendement et les lépreux sont traités avec l'huile obtenue sur place.

VI. — DOCUMENTS EXPERIMENTAUX.

Parmi les documents expérimentaux obtenus au Congo belge, qu'il peut être intéressant de citer, nous mentionnons les travaux suivants :

Adant M. (41) a confirmé la valeur réelle de la réaction de Rubino; Radna R. (58) a étudié, en outre, diverses réactions sérologiques non spécifiques intéressantes pour le pronostic. Dubois A., Degotte J., Radna R. (48, 51, 57) ont étudié la réaction de Mitsuda et obtenu des résultats

conformes à ceux d'autres auteurs : absence de réaction dans les cas L., qui se différencient ainsi des sujets N. et normaux.

Les réactions syphilitiques ont été étudiées par Van den Branden (65), Dubois et Degotte (49), Radna (90), et ces auteurs estiment que généralement parlant, une réaction de Wassermann ou Kahn positive est indicatrice d'infection syphilitique ou pianique.

La cutiréaction à la tuberculine a fait l'objet des recherches d'Adant (43) et de Dubois (47). Ces auteurs croient que la lèpre n'est pas une cause d'erreur en la matière.

La bacillémie a été étudiée chez les lépreux par Radna (62) et Dubois, Gavrilov et M^{me} Fester (78) et a été plus souvent positive chez Radna que chez ces derniers auteurs. A dire vrai, Radna étudiait du sang frais et les autres du sang envoyé en vésicules d'Afrique.

La culture du bacille de Hansen a donné des résultats négatifs [Dubois, Gavrilov, M^{me} Fester (78)]. Celle du bacille de Stephanski a abouti à des cultures microscopiques [Gavrilov et Dubois (52, 54)].

VII. — CLINIQUE ET DIAGNOSTIC.

Van Hoof note à bon droit que les méthodes de diagnostic de la lèpre sont encore assez peu sûres et pratiques pour ce qui concerne les examens faits en brousse. Il faut cependant noter que si l'on veut s'occuper spécialement des cas les plus contagieux et incontestablement lépreux, les chances d'erreur sont assez faibles. Les erreurs sont plus à redouter lorsque des agents non-médecins sont appelés à poser les diagnostics et Van Hoof relate l'histoire d'une religieuse qui passait pour avoir de l'expérience et attribua à la lèpre les taches si communes dues à *Malassezia tropica*.

A mon sens les lépreux, étant quasi toujours ambulants, — au moins les cas douteux, — doivent toujours être vus par un médecin. Il est du reste extrêmement avantageux de les réunir à un jour donné et de les présenter alors au

médecin, qui, débarrassé des autres malades, pourra se consacrer spécialement à eux. Van Hoof croit que les médecins n'ont pas, en général, assez de temps pour faire des examens bactériologiques. Je pense que si ces examens apportaient fréquemment la certitude, il faudrait trouver le temps et l'organisation nécessaires, mais, en réalité, la certitude bactériologique est le plus souvent fournie dans des cas évidents par ailleurs et manque chez les cas cliniquement douteux. Les médecins doivent cependant songer davantage aux formes bacillaires diffuses (type Ld) qui cliniquement sont souvent obscures et au contraire faciles à reconnaître par la bactérioscopie.

Kellersberger à Bibanga estime que quatre épreuves sont nécessaires pour établir le diagnostic :

1. Présence de bacilles de Hansen.
2. Taches caractéristiques.
3. Anesthésies.
4. Contacts lépreux familiaux.

Une seule de ces épreuves ne suffit pas (sans doute l'auteur fait-il exception pour le cas de bacilles indubitables et nombreux). Hemeryckx, au contraire, fait des examens « cumulatifs » comprenant examen du suc ganglionnaire, du mucus nasal (écouvillonnage simple) et du suc dermique au niveau des lésions. Cet examen lui donnerait environ 50 % de résultats positifs chez les lépreux.

Dubois et Radna (82) ont introduit à Pawa l'usage des incisions multiples du derme, non seulement au niveau des taches, mais aussi aux lobules des oreilles, au front, aux pommettes, au menton même apparemment sains.

Ces auteurs ont signalé la possibilité d'erreur — assez rare — avec des bacilles acido-résistants non pathogènes.

Cette question mérite encore des recherches.

Quant à la ponction ganglionnaire, Radna (89) n'a pas confirmé les travaux de Van Breuseghem (93), qui signalait une fréquence extrême de bacilles acido-résistants chez les sujets sains.

En réalité, il n'a retrouvé ce fait que chez 4 à 5 % des sujets apparemment sains, et la ponction ganglionnaire n'est donc pas sans valeur diagnostique. Hemeryckx observe en un foyer très intense (20 %), Sankuru, 4,52 % de lèpre latente.

A Pawa, les méthodes bactérioscopiques, toujours positives chez les sujets L. (bacilles + + +), sont positives chez environ 50-60 % des cas N, mais, en ce cas, avec des bacilles rares.

La médiocrité des résultats de la bactérioscopie incite à rechercher minutieusement les anesthésies, les épaisissements de nerfs et l'anidrose. Les deux premiers signes sont malheureusement plus rares dans les macules des Congolais qu'en d'autres pays. L'anidrose a été positive chez environ 70 % des lépreux de Pawa (Van Breuseghem (94), Dubois et Degotte (72) (80), mais les contrôles chez des sujets atteints de lésions non lépreuses sont un peu insuffisants.

Les observateurs de Pawa insistent sur la nécessité de songer toujours à des lésions pianiques tardives d'allure tuberculoïde (Kahn, stigmates pianiques, traitement d'épreuve).

La clinique de la lèpre n'est assurément pas essentiellement différente à la Colonie de ce qu'elle est ailleurs.

Nous croyons intéressant cependant d'indiquer, ci-après, les différences observées par Muir (39) entre la lèpre au Congo et celle du Nord de l'Inde britannique (et nous partagerons tout à fait l'opinion du savant léprologue anglais).

Lèpre congolaise.

1. Rareté des réactions lépreuses.
2. Rareté relative des cas L2 L3 (10 % contre 20 % aux Indes).
3. Fréquence relative des mutilations des mains et des pieds.
4. Rareté relative de la main en griffe nette.

5. Caractère superficiel des ulcères plantaires.

6. Fréquence à peu près comparable des macules tuberculoïdes, mais rareté relative de l'anesthésie superficielle.

7. Rareté relative des épaisissements des nerfs et extrême rareté des abcès froids des nerfs.

8. Proportion des macules neurales vis-à-vis des macules lépromateuses plus grande qu'aux Indes.

9. Bénignité relative.

Mentionnons ici qu'un petit nombre d'observateurs belges seulement ont eu l'occasion d'étudier la lèpre en divers pays.

Il faut cependant citer De Keyzer, en Extrême-Orient (31); Hemeryckx, à Bamako (38) et Dubois, en Hindoustan (36).

Cas de lèpre observés chez l'Européen au Congo.

Un certain nombre de ces cas ont été publiés. Il peut être intéressant d'en indiquer brièvement les caractères; on notera la fréquente gravité de ceux-ci :

Observateur	Age	Sexe	Nationalité	Profession	Durée séjour Congo	Contact	Classification	Remarque
1. Van den Branden (96) .	29	H.	portugais	commerçant	15 ans	?	L	syphilis
2. Desneux (74)	45	H.	hollandais	"	20 ans	?	L	diabétique
3. Bourguignon (69) . .	57	H.	français	missionnaire	30 ans (sans congé)	++	L	privations
4. Dormal-Dubois . . .	40	H	belge	agent Etat	13 ans	?	L	obésité légère
5. Bereste	8	H.	grec	—	8 ans	+	L	enfant
6. L. Van Bogaert-Dubois	60	H.	belge	commerçant	20 ans	?	LN	(*)

(*) Ce cas sera présenté à la Société belge de Neurologie par le Dr M. André.

VIII. — EPIDEMIOLOGIE.

Les documents épidémiologiques valables recueillis au Congo belge sont encore rares. Il convient cependant de citer les observations de Haddad au Kasai (146), les rapports de Dupuy et De Brauwere sur le Bas-Congo-Kwango (140), (144), (145), et les travaux faits au Nepoko par Radna (147) (148) et Degotte (141). Hemeryckx a donné de nombreux détails (cités plus haut) sur le foyer de Katakò-Kombe.

Les auteurs en question notent la fréquence des contacts lépreux, soit intrafamiliaux, soit extrafamiliaux, comme origine déclarée de la maladie.

Degotte cite :

153 cas avec contacts domestiques (famille rapprochée, hutte unique ou voisine).

110 cas avec contacts avec des parents d'habitats différents.

86 cas avec contacts avec des amis lépreux.

26 cas avec contacts accidentels avec des lépreux.

155 cas avec contacts inconnus.

Sur 173 cas où la source d'infection a pu être précisée, il y a eu 112 contacts avec des lépromateux et 61 fois des contacts continus avec des cas N (avec éventuellement des contacts occasionnels avec des cas L).

Radna s'est efforcé de déceler l'auteur de l'infection de 241 cas de lèpre. Dans 132 cas il y avait des contacts lépreux (125 fois dans la famille), mais dans 78 % de ces cas, l'auteur supposé de l'infection aurait été un cas N. Cette question est évidemment d'une importance notable pour la prophylaxie et j'aurai l'occasion de discuter à ce sujet les remarques de Muir.

Hemeryckx et Degotte notent dans leurs foyers respectifs des conditions générales assez voisines : région forestière humide, fréquence des affections cutanées banales

(gale-pyodermite), abondance des *Culicoïdes* et prurit consécutif, régime uniforme (bananes). Hemeryckx suppose une carence de vitamines du groupe B que Degotte croit inexistante et qui en tout cas n'est pas démontrée cliniquement (4). Muir, dans ses remarques sur le Nepoko (39), se demande comment avec si peu de cas L (bacillifères) il y a un si fort index endémique. Il fait jouer un rôle important à la promiscuité banale et sexuelle, celle-ci n'intervenant que comme contact ordinaire. D'autre part, la fréquence des pyodermites fessières et des macules au même lieu lui paraît significative. La nutrition des populations en question lui paraît également satisfaisante.

IX. — THERAPEUTIQUE.

Résumant l'opinion de nombreux médecins à la Colonie, Van Hoof considère la thérapeutique comme fort décevante. Il admet cependant que l'inexpérience des thérapeutes, la médiocre tolérance de certains produits, l'insouciance des Noirs puissent influencer défavorablement les résultats.

Il faut reconnaître que la longueur du traitement en rend l'exécution intégrale assez difficile, tant pour le noir que pour le médecin. Le médecin d'Ankoro a cru remédier à cet inconvénient en hospitalisant et traitant les lépreux de façon intermittente. La durée de l'hospitalisation est de deux fois 2 mois par an (250 malades). Cette méthode me paraît, jusqu'à preuve du contraire, comme d'une faible valeur thérapeutique et d'une valeur prophylactique nulle.

Les dérivés du chaulmoogra sont les plus souvent utilisés. Il faut reconnaître que, pour nous limiter aux produits belges, le Graumannyl iodé et le Graumannyl B (benzy-

(4) Selon Cowgill, la banane contient 18 U. I. de vitamines B1, les arachides 200 U. I. par 100 grammes.

lester) se montrent bien moins irritants localement que l'ancien Graumannyl simple (éthylester). Divers médecins missionnaires protestants signalent avec le chaulmoogra de nombreuses améliorations ou guérisons : 25 à 30 % de guérisons cliniques et beaucoup d'améliorations chez Kellersberger (Lomami); 1-3 % d'arrêt, 30 à 40 % d'amélioration chez Cousar (Kasaï); Tinsley Smith est aussi très satisfait du chaulmoogra (Kasaï).

D'autres médecins sont moins optimistes, par exemple le D^r Léonard, à Buta, le D^r Hemeryckx, au Sankuru; Gianturco (Tshofa), etc. A Léopoldville, où l'on est peu optimiste, on traite comme syphilitique tout lépreux ayant une réaction sérique syphilitique positive. A Pawa, les médecins ne considèrent pas le traitement comme sans action, mais d'une activité modérée. Personnellement je ne crois pas à la stérilisation des sujets à bacilles très nombreux. Outre les esters on utilise aussi beaucoup l'huile de chaulmoogra comme telle. Radna, puis Zanetti (127) signalent sa tolérance en émulsion injectée par voie veineuse et c'est devenu un traitement routinier à Pawa (Zanetti). Le gynocardate de soude Spécia (dérivé du chaulmoogra) est fort employé par le service médical de la Colonie. Les avis sur son action sont assez discordants. Il est probable que le plus souvent le dosage est insuffisant.

Kellersberger utilise l'huile d'*Hydnocarpus anthelmintica* récoltée à Bibanga (2 à 3 litres par mois, 1.000 arbres). Radna utilise le beurre de Caloncoba, dont les propriétés chimiques ont été étudiées par Adriaens (97) et que j'expérimente aussi actuellement. Il y aurait là, peut-être, une ressource économique importante, la plante étant spontanée et d'assez bon rendement.

Les autres produits utilisés ont donné peu de succès et le bleu de méthylène — qui, selon Hemeryckx, donnerait parfois des résultats immédiats surprenants — est de moins en moins utilisé.

Pawa a essayé un grand nombre de produits divers sans résultats bien appréciables.

Le traitement ambulatoire est jusqu'à présent peu utilisé : un essai systématique à Kabunda (Katanga) s'est révélé un échec, malgré une forte pression administrative et légale. (L'explication paraît résider dans le voisinage d'une frontière).

X. — METHODES DE PROPHYLAXIE UTILISEES AU CONGO BELGE.

Van Hoof leur consacre une revision générale. Il considère l'isolement individuel comme parfois admissible, sans, du reste, en signaler l'emploi effectif avec une fréquence quelconque, sauf, peut-être, dans la région de Lusambo, où les mœurs indigènes veillent à l'isolement des lépreux, isolement, du reste, médiocrement humain, mais qui peut être amélioré.

L'isolement forcé avec mesures de coercition lui paraît devoir être rejeté à cause de la crainte et de la fuite provoquées parmi les malades.

L'isolement volontaire est actuellement le seul compatible avec la mentalité des noirs. Il faut noter comme variante importante de ce procédé que l'isolement en question n'est que relatif, c'est-à-dire n'a pas lieu en établissements fermés, mais, au contraire, en villages agricoles. Le médecin en chef ne sous-estime pas les défauts de ce schéma : relativité de l'isolement, naissance d'enfants, mais il lui reconnaît surtout une valeur éducative et une certaine action prophylactique. Il estime que l'organisation doit être dirigée et coordonnée par le service médical de la Colonie, ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille pas compter sur l'aide des missions et œuvres philanthropiques. La circulaire 7479/SM/1486 fournit des directives précieuses à ce sujet, et nous ne pouvons mieux faire que d'en recopier les points les plus importants.

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL
HYGIÈNE—
N° 7479/S.M./1486
—

Léopoldville, le 9 août 1937.

OBJET :
Lutte contre la lèpre.

AUX COMMISSAIRES DE PROVINCE,

Subsidiairement à ma lettre numéro 6081/1172/S. M. du 27 juin 1936, j'ai l'honneur de vous exposer ci-après quelques considérations pratiques sur la prophylaxie de la lèpre.

Ma lettre précitée faisait au service médical les recommandations suivantes :

1. Il ne faut grouper dans des colonies de lépreux que des lépreux;
2. Il faut assurer un isolement de fait qui réduise très sérieusement les chances de contamination;
3. On doit nourrir et traiter les lépreux et les faire vivre dans des conditions de bonne hygiène;
4. Si ces conditions ne sont pas réunies, le Gouvernement ne peut encourager une œuvre qui ferait plus de mal que de bien et se bornera à donner les médicaments spécifiques;
5. Si, au contraire, ces conditions sont satisfaisantes, le Gouvernement donnera des équipements, du personnel infirmier, un appoint alimentaire, et permettra l'aide des circonscriptions indigènes. Le Commissaire de Province étudiera chaque cas particulier;
6. Et enfin, il ne faut pas éparpiller nos efforts : toutes nos préférences iront aux grandes léproseries bien peuplées, parce qu'elles se justifient par le nombre de malades, le personnel européen et noir compétent, le dispensaire, l'hôpital pour grabataires, etc. choses impossibles à assurer dans une pléiade de petits villages.

a) ...

b) Isolement dans la chefferie ou dans la circonscription indigène.

Le succès de cette méthode est subordonné au degré d'organisation de la circonscription, à ses moyens, au nombre des lépreux. Facile à appliquer dans les régions où les chefferies indigènes sont riches, munies déjà de dispensaires, surveillées et recensées par le service médical, elle ne devra être essayée qu'avec prudence là où ces conditions ne sont pas réunies.

Une léproserie de circonscription doit bénéficier du voisinage d'un dispensaire qui assure les soins médicaux aux lépreux. Le ravitaillement des malades doit être assuré. On ne peut compter uniquement sur le rapport des plantations faites par les lépreux. Il faut obliger la circonscription à fournir des vivres en suffisance aux lépreux qui ne peuvent gagner leur nourriture ou que leur famille ne peut pas ravitailler. Dans certains cas les chefs indigènes imposent à un ou deux villages la corvée gratuite de cette fourniture de vivres. Il est préférable d'imposer aux villages le ravitaillement d'un marché où l'autorité euro-

pénne voisine ou le médecin, agent sanitaire, missionnaire en charge des léproseries, achèterait pour compte de la C. A. C. (5) les vivres nécessaires.

L'emplacement de ces léproseries doit être judicieusement choisi. Trop éloignées des dispensaires, des missions, des voies de communication ou des autres villages, elles seront exposées à des difficultés de ravitaillement, de soins médicaux et de surveillance. Et, cependant, il faut respecter une distance suffisante pour atteindre le but de la séparation, soit en général 4 à 5 kilomètres. On doit veiller à ce que le village de lépreux dispose de terrains suffisamment fertiles et d'eau. Les huttes sont construites avec l'aide de la circonscription et autant que possible par elle, avant l'installation des malades.

Une autorité doit être créée dans le village de lépreux parmi les lépreux. Ce capita ou sous-chef exercera ses fonctions sous le contrôle du chef investi et de l'autorité territoriale. Dans des colonies très importantes on envisagera même l'organisation de la communauté de lépreux sur le plan d'une petite sous-chefferie, afin de lui assurer une vie propre qui la séparera encore mieux des villages voisins.

La surveillance de ces léproseries de chefferies doit pouvoir se faire avec autant de soins que celle des dispensaires. Les médecins et agents sanitaires les visiteront au moins une fois par mois, si possible tous les quinze jours, afin de donner aux infirmiers et aides-infirmiers les directives médicales nécessaires et de veiller au ravitaillement et à la discipline. Pour ces derniers points, l'assistance des missions sera précieuse; les missionnaires apporteront le réconfort moral et ceux qui sont membres de l'Assistance Médicale aux Indigènes participeront avec les médecins aux soins des malades.

Il ne sera pas possible d'assurer dans ces villages, du moins au début, une séparation continue d'avec les indigènes voisins. On ne pourra empêcher d'une manière rigoureuse les visites de membres de la famille, ni même les lépreux de circuler hors du village. La ségrégation d'un lépreux désagrègera souvent une famille. Il faut s'attendre à des désertions, au refus de certains lépreux de se soumettre à l'isolement. D'autre part, en exerçant une contrainte sur les malades on accentuera la tendance qu'ils manifestent à se cacher, surtout lorsque l'affection est à ses débuts. Et ce sont précisément ces derniers malades qui sont les plus susceptibles de guérison et qu'il y a lieu de connaître et de traiter.

Il importe donc au plus haut point d'appliquer les mesures d'isolement collectif avec doigté, afin que les lépreux qui refusent la ségrégation continuent à fréquenter régulièrement les dispensaires où on leur donnera, avec les soins médicaux, des conseils utiles concernant le danger de la contagion, en vue de les amener à l'isolement individuel.

La propagande pour la prophylaxie de la lèpre, et l'éducation des indigènes en matière de contagion peuvent réussir au Congo Belge comme dans d'autres colonies et être faites par les médecins, les missionnaires, les fonctionnaires territoriaux.

(5) Caisse administrative de chefferie.

c) Isolement dans les colonies autonomes de lépreux.

C'est de cette forme de ségrégation qu'ont traité en ordre principal mes lettres n° 9231/1959/S.M. du 18 septembre 1935 et n° 6081/1172/S.M. du 27 juin 1936. Il s'agissait surtout d'établissements importants, groupant les malades provenant non pas d'une chefferie ou d'une circonscription, mais d'une région beaucoup plus étendue. Ces grandes colonies agricoles doivent prospérer sous la surveillance de missions religieuses et avec l'aide du Gouvernement. Cette aide consiste dans la collaboration technique du service médical, et dans le paiement du personnel auxiliaire médical indigène, ainsi que d'un subside pour le complément de la ration et pour le vêtement des malades. J'ai insisté dans la suite pour que cette assistance officielle ne soit accordée qu'à bon escient à des léproseries de missions religieuses où tous les éléments se trouvent réunis pour que l'œuvre entreprise soit à la fois prospère et efficace. Il ne convient pas d'encourager la création d'une maladrerie lorsque des villages d'isolement de chefferies indigènes atteignent leur but, ou lorsque le nombre de lépreux est à tel point réduit qu'on ne peut songer à créer une communauté indigène organisée comme un village, ou encore lorsque pour des raisons de terres, de difficultés de contrôle, ou d'hygiène, l'œuvre n'est pas jugée viable.

Le désavantage de la grande colonie agricole de lépreux, c'est qu'elle doit héberger des malades provenant de loin et dont souvent les coutumes sont différentes. Le lépreux qui est un objet de crainte ou de répulsion dans son village s'établira volontiers dans une léproserie de chefferie, mais son transfert dans une maladrerie lointaine lui sera cruel. Par contre, les avantages sont la surveillance constante des autorités missionnaires assurant la régularité des soins et du ravitaillement ainsi que l'efficacité de l'isolement. Il était prévu, en outre, que dans les grandes léproseries des missions, des bâtiments auraient été édifîés en vue d'hospitaliser les cas extrêmes et les grands infirmes, chose difficile à réaliser dans des villages d'isolement de circonscriptions. Les missions religieuses se chargent de la construction de dispensaires et de pavillons d'hospitalisation en matériaux durables, tandis que les chefferies intéressées se chargent de la construction des maisons des lépreux et de la préparation de leurs cultures.

Des exemples prouvent que les missions religieuses peuvent réaliser avec succès ce programme.

d) Isolement des lépreux très avancés.

D'après ce qui précède, il apparaît clairement que les formes les plus rudimentaires de la ségrégation sont aussi celles qui s'adressent aux malades dont l'évolution est la moins avancée. Aussi un lépreux grabataire ne peut être laissé dans sa famille. Déjà un mutilé, porteur de lésions trophonévrotiques étendues aura besoin de soins journaliers. Il peut les recevoir dans un dispensaire rural tant que sa maladie lui permet de se mouvoir. Lorsqu'il n'en est plus ainsi, c'est un devoir d'humanité de l'hospitaliser. Dans certains cas, peu fréquents, il sera possible de le faire dans des dispensaires ruraux bien organisés. Mais, en général ces malades devront être accueillis dans nos hôpitaux, dans

les hôpitaux des missions, dans les grandes léproseries des missions.

A ce sujet, je vous prie d'attirer l'attention des médecins provinciaux sur le point suivant : le budget du service médical prévoit l'entretien des indigènes indigents quelle que soit leur maladie dans les hôpitaux des missions et même dans les hôpitaux des entreprises privées. Il s'agit de malades graves dont l'hospitalisation est nécessaire, qui ne peuvent donc pas se suffire de soins donnés à une consultation externe et qui, pour cette raison, sont admis dans des formations hospitalières à la demande d'un médecin ou d'un fonctionnaire du Gouvernement. Il s'ensuit que la charge d'entretien des lépreux grabataires ne peut être imposée aux missions. Ces incurables confiés par le Gouvernement aux hôpitaux privés ou missionnaires seront entretenus à charge de l'article 71B du Budget ordinaire. Il en est évidemment de même des malades recueillis spontanément par les missions, à condition que la nécessité de leur hospitalisation soit reconnue.

Le Gouverneur général,

(s.) RYCKMANS.

Il semble que ces villages soient une création spontanée des indigènes, car Van Campenhout (153) eut l'occasion de voir cette mesure appliquée par les chefs de l'Uele aux débats de notre occupation. Il n'est que juste de rappeler que, au Nepoko, c'est à l'administrateur Libois (1922) que ce système a dû sa diffusion et qu'en 1931 j'y ai encore retrouvé des villages indigènes de lépreux. A dire vrai, faute d'assez de surveillance européenne, la méthode perdait de son efficacité. Elle n'en fut pas moins à l'origine de nos efforts actuels.

Deux défauts sont spécialement à porter au passif de cette méthode : la naissance d'enfants et l'insuffisance de l'isolement.

Quant au premier point, il est bien certain que la plupart des lépreux vivent en ménage dans les villages d'isolement. En certains pays, la femme saine accepte de suivre le mari lépreux, au moins s'il n'est pas trop repoussant ou mutilé. A Pawa, ce cas est exceptionnel, mais le lépreux contracte une union régulière (paiement de la dot) ou irrégulière, avec une lépreuse, et des naissances sont donc possibles; heureusement elles sont relativement rares.

Un savant allemand de passage à Léopoldville avait demandé à Van Hoof pourquoi la stérilisation n'était pas

appliquée comme elle l'est au Japon. Cette mesure ne rencontrerait, sans doute, ni l'assentiment du milieu responsable européen, ni l'agrément des indigènes.

Il est assez souvent possible de limiter le séjour des enfants dans le village et de les confier après le sevrage (3 ans) à la famille saine. Ce résultat s'obtient facilement à Tounda (D^r Lewis). Il est possible aussi de grouper les lépreux bacillifères dans une section spéciale du village.

Quant aux absences injustifiées et aux fuites, elles sont d'autant plus rares qu'une surveillance plus effective est exercée sur le village et un traitement régulier donné. A Lukula (Mayumbe) l'appel est fait et le résultat inscrit chaque matin. Cela paraît une excellente mesure.

A Doruma (Uele) le tribunal indigène sévit, non contre le lépreux, mais contre les parents et amis qui l'aident à s'absenter.

J'ai déjà depuis longtemps souhaité cette conception de la coercition; elle me paraît la plus effective en décourageant les « receleurs ».

GRANDEUR DES ÉTABLISSEMENTS.

Point de vue financier.

Il est évident que les petites léproseries ne sont pas souhaitables : difficulté de surveillance, frais de déplacement importants pour la visite du médecin en une foule de directions, frais élevés de personnel infirmier (6).

Il semble éminemment souhaitable de faire des établissements d'importance moyenne (300 malades), de façon à justifier la surveillance très fréquente d'un Européen et d'un médecin.

L'éparpillement des colonies de la région de Bondo a fait l'objet de vives critiques de la part du D^r Theunissen

(6) Les petites léproseries du Bas-Congo déclarent de six mille à dix mille francs annuels de frais de personnel indigène, pour un nombre de lépreux qui souvent n'atteint que deux ou trois dizaines.

et du D^r Radna. Les frais de déplacement en auto, en particulier, sont énormes.

Le médecin provincial de Stanleyville souhaite aussi avoir des villages groupant 300 malades. A dire vrai, dans des pays comme la province de Léopoldville, cela signifie écarter les lépreux fort loin de leur village (faible index endémique), et de ce fait rendre l'isolement peu sympathique. Peut-être en arrivera-t-on en ce cas à des établissements fermés.

Quant au point de vue financier, il est impossible de le résumer brièvement. Le prix de la vie est trop variable de région à région. Hennuy, au Mayumbe, estime que 1 franc par jour par malade est nécessaire; à Niangara (Uele) la même somme par semaine apparaît comme suffisante.

Kangu au Mayumbe (181 malades), Lukula (59 malades) et Seke Banza (16 malades) ont le budget suivant.

LUKULA.

Personnel indigène : 10.000 francs par an environ.

Constructions : Les installations ont coûté 22.000 francs environ et 1.000 francs d'entretien par an.

Produits médicamenteux et matériel scientifique : 12.000 francs environ (200 francs par personne environ par an).

Nourriture : 21.900 francs environ par an.

Habillement et équipement : 3.000 francs l'an environ.

Instruments de travail : 2.000 francs par an environ.

SEKE-BANZA.

Personnel indigène : 10.000 francs par an environ.

Constructions : 14.800 francs environ et 600 francs d'entretien par an.

Produits médicamenteux et matériel scientifique : 4.000 francs par an environ.

Nourriture : 6.000 francs environ par an.

Habillement et équipement : 1.000 francs environ par an.

Instruments de travail : 800 francs environ par an.

KANGU.

Personnel indigène : 10.000 francs environ par an.

Constructions : 50.000 francs d'installation et 1.500 francs par an d'entretien.

Produits médicamenteux et matériel scientifique : 36.000 francs environ.

Nourriture : 66.000 francs environ par an.

Habillement et équipement : 9.000 francs par an environ.

Instruments de travail : 5 000 francs par an environ.

Soit un budget ordinaire de 50.000, 22.000 et 127.000 francs et en moyenne par malade, 800 francs environ.

La plupart des petites léproseries du Bas-Congo déclarent des chiffres voisins. S'il faut à ce prix isoler 15.000 des 60.000 (2) lépreux de la Colonie, il en coûterait donc annuellement 12 millions et encore aucuns frais de traitement des médecins ne sont portés dans ce décompte.

A Buta, les 230 lépreux isolés de Gadangizi-Lifaki-Ekonokwa (environ 34.000 habitants) auraient coûté 122.000 francs en 1938, mais le budget n'est pas détaillé. Au contraire, dans l'Uele aussi les 1.034 lépreux isolés du territoire d'Ango auraient coûté 22.500 francs !

Il est probable que ces budgets mentionnent des postes différents (aucun détail n'est donné).

Le D^r Melpignano estime qu'à Poko-Paulis chaque lépreux revient à 160 francs par an (nourriture, installation, habillement, personnel, médicaments, etc.).

Isolément des lépreux N.

Muir (39) critique notre système qui isole en immense majorité des cas N et, par contre, n'assure pas un isolement bien strict des cas L. Pour lui il faudrait réserver notre action aux cas L et la rendre plus efficiente. Il voit, en outre, un danger possible de surinfection pour les cas légers isolés avec les cas L.

Qu'il y ait beaucoup de vrai dans ces critiques, je ne le contesterai pas et j'ai, autrefois, proposé moi aussi un isolement plus strict de ces cas L (142). J'ai fait remarquer à Muir que jusqu'à présent les noirs saisissent mal la différence bactériologique des deux formes et que, à faire des distinctions nous risquerions de les persuader que tout isolement est inutile. En outre, la présence de lépreux légers est socialement et économiquement désirable dans les villages (plantations, etc.). Il reste enfin la question fondamentale : est-il certain que les cas N ne soient pas contagieux, fut-ce à un degré réduit.

PROPAGANDE.

Muir insiste beaucoup sur l'utilité d'expliquer aux missionnaires, administrateurs, chefs et notables indigènes les bases de la contagion et de la prophylaxie.

Il y a certes là une action utile que nos médecins de l'A.M.I. peuvent assumer progressivement et plus spécialement ceux qui sont chargés de lutter contre la lèpre.

XI. — PROPOSITIONS DIVERSES.

Van Hoof souhaite que dans chaque région où la lèpre est fréquente un médecin spécialisé centralise les examens diagnostiques; ce vœu est formé spécialement donc pour les provinces de Coquilhatville et de Stanleyville. J'ajouterai que, ultérieurement, le médecin chef s'est déclaré partisan du renforcement du personnel du laboratoire de Pawa, et je ne doute pas que cette mesure ait d'heureux effets tant à Pawa qu'ultérieurement dans le reste de la Colonie. Hemeryckx souhaite que les médecins reçoivent des instructions précises concernant le diagnostic, etc. Je me suis efforcé de répondre à son idée par la publication d'une courte monographie (35); il voudrait, en outre, l'impression de fiches spéciales avec schéma anatomique permettant de situer les macules. Ce dernier point me paraît intéresser surtout les spécialistes pour qui il est réellement d'importance.

Notons encore à ce propos que, à Pawa, on se déclare satisfait de l'emploi de la classification du Caire, telle que nous l'avons décrite (76). Aucune classification n'est parfaite, mais celle-là nous paraît épargner beaucoup de longues descriptions. La généralisation en est souhaitable, mais se fait difficilement et encore maintenant on continue à utiliser des nomenclatures diverses.

La plupart des médecins souhaitent l'amélioration de nos méthodes diagnostiques. Il ne faut cependant pas

trop exagérer l'importance de cette difficulté : notre système prophylactique doit viser des lépreux authentiques.

Quant à ce qui regarde l'organisation des léproseries, j'ai déjà noté que de divers côtés on signale l'urgence de fusionner les petites léproseries et d'éviter ainsi des frais inutiles, en particulier de déplacement des médecins.

Divers médecins, et en particulier le médecin en chef, signalent l'intérêt moral et économique qu'il y a à utiliser comme personnel dans les villages d'isolement des lépreux peu atteints.

Le D^r Chapman propose de créer près de la léproserie un camp séparé qui recevrait les enfants sains. J'ai déjà indiqué l'intérêt de grouper les lépreux L à distance des lépreux N, souvent plus prolifiques.

Le D^r Cionini propose de laisser dans chaque village des policiers indigènes surveillant les visites, les absences, etc. Il paraît possible d'attribuer cette qualité à des lépreux valides (à condition de les surveiller, bien entendu).

Citons aussi la proposition assez curieuse du D^r Hemyckx : en cas de villages très infectés, il peut être plus pratique de déplacer les familles saines.

Van Hoof croit à l'utilité morale — et c'est aussi mon avis — de libérer sur parole les lépreux paraissant guéris.

Enfin, j'ai déjà indiqué le grand intérêt qu'il y a à développer les plantations de chaulmoogra et aussi d'utiliser les Caloncoba indigènes.

Van Hoof note, avec raison, qu'il y a là une tâche utile pour l'I.N.E.A.C.

CONCLUSION.

En utilisant les rapports et documents de nombreux collègues, je me suis efforcé de donner une idée aussi exacte que possible de l'état actuel de l'endémie lépreuse au Congo et d'indiquer les méthodes prophylactiques mises en vigueur.

Personne, ni dans le milieu administratif, ni dans le milieu médical, ne croit que la question soit dès maintenant résolue, ni que notre système prophylactique soit le plus efficace. Il nous apparaît simplement comme le seul compatible avec l'état économique du pays et la mentalité indigène, et aussi l'humanité que nous désirons faire régner en cette matière. En outre, il constitue un premier pas qui facilitera des mesures plus actives, si celles-ci paraissent nécessaires (isolement plus strict, spécialement des lépromateux), ou si l'avancement de la science le permet un jour (thérapeutique spécifique à action prophylactique).

J'ai dit plus haut les mérites et l'activité des médecins de l'A.M.I. Je voudrais en terminant dire un mot de l'autre acteur du drame : le lépreux.

On lui reproche souvent de devenir insupportable dès qu'on s'occupe de son sort : il devient paresseux et exige de plus en plus d'attention et de soins.

Peut-être est-il en cela semblable à la majorité des humains lorsqu'ils sont atteints par des malheurs paraissant donner droit à réparation officielle, à fortiori si on limite leur liberté. Il importe cependant de songer à cet aspect du problème, et à côté de l'action médicale de ne pas négliger l'action sociale.

L'éducation hygiénique et morale, la propagande agricole et sociale stimulées par l'attribution de prix pour les

plus belles maison et plantation nous permettront de réintégrer nos lépreux dans la collectivité humaine d'où un séculaire ostracisme tendait à les chasser.

J'ai eu trop souvent le spectacle émouvant de mains mutilées saisissant l'outil pour quelque tâche utile, pour ne pas être plein de confiance à ce sujet.

Il y a là une belle œuvre pour nos travailleuses sociales et spécialement pour nos missionnaires, au dévouement bien connu. Au moment où, sous le vocable du P. Damien, apôtre et bienfaiteur des lépreux, s'est constituée à Bruxelles une fondation destinée à intensifier la lutte contre cette maladie, on peut être confiant que l'avenir nous apporte d'heureuses réalisations aussi bien sociales que médicales.

LÉPROSERIES, CAMPS DE SÉGRÉGATION, VILLAGES AGRICOLES.

Province de Lusambo.

VILLAGES AGRICOLES.	Nombre de malades.				
	Au 1 ^{er} janvier 1938.	Nouveaux.	Sortis.		Restant au 31 décembre 1938.
			Décès.	Autres causes.	
Luebo... ..	225	110	7	98	230
Lubundaie	52	131	3	80	100
Mutoto	171	137	6	—	302
Bulape	99	27	8	—	118
Bibanga	505	49	22	42	490
Minga... ..	266	67	7	32	294
Saint-Trudon... ..	14	7	3	4	14
Tshofa	—	88	—	74	14
Tshumbe-Sainte-Marie ...	115	19	6	—	128
	1.447	635	62	330	1.690

Province de Stanleyville.

Territoires.	Nombre de villages agricoles.	Nombre de malades.				
		Au 1 ^{er} janvier 1938.	Nouveaux.	Sortis.		Restant au 31 décembre 1938.
				Décès.	Autres causes.	
Banalia	5	734	18	45	—	707
Bafwasende ...	3	101	60	10	—	151
Stanleyville ...	1	22	37	—	—	59
Lubutu	1	40	97	—	—	137
Buta	11	956	10	2	178	786
Niapu	5	484	25	5	8	496
Poko... ..	15	1.401	117	135	—	1.383
Bondo	22	1.966	—	72	94	1.800
Aketi... ..	3	150	65	21	—	194
Paulis	6	530	706	64	—	1.172
Dungu	8	2.180	85	147	—	2.118
Ango... ..	3	1.034	—	15	125	894
Niagara... ..	8	881	211	—	79	1.013
Watsa	4	167	660	4	—	823
Wamba	5	1,024	185	26	274	909
Faradje	5	1,030	—	21	—	1.009
Irumu	1	96	18	—	—	114
Djugu	1	—	12	—	—	12
Croix-Rouge ...	3	674	323	17	—	980
	110	13 470	2.629	584	758	14.757

Province de Coquilhatville.

Trois léproseries ont fonctionné en 1938 : à Baringa, à Boyange et à Bakungu.

Des négociations et des recherches de terrains sont en cours pour une dizaine d'autres léproseries au voisinage de missions religieuses.

Province de Léopoldville.

LÉPROSERIES.	Nombre de malades.				
	Au 1 ^{er} janvier 1938.	Nouveaux.	Sortis.		Restant au 31 décembre 1938.
			Décès.	Autres causes.	
Inongo	2	4	1	—	5
Loango Luvungu	192	23	18	21	176
Lukula	64	6	2	7	61
Seke Banza	17	—	—	1	16
N'Kolo	34	—	—	—	34
Kibentele	20	1	1	—	20
Mukimbungu... ..	11	—	1	—	10
Kasi	14	—	—	—	14
Sona Bata (catholique) ...	11	41	1	—	51
Kimpese	14	5	—	—	19
N'Kolo	24	11	2	—	33
Kionzo	9	1	—	—	10
Kibunzi	42	4	3	6	37
Sona Bata (protestante) ...	25	22	5	—	42
Banza Manteka	24	4	—	—	28
	503	122	34	35	556

Province de Costermansville.

LÉPROSERIES.	Nombre de malades.				
	Au 1 ^{er} janvier 1938.	Nouveaux.	Sortis.		Restant au 31 décembre 1938.
			Décès.	Autres causes.	
Tunda (terr. Kibombo) ...	221	130	11	—	340
Malonga (terr. Shabunda).	163	55	—	—	218
Kama (terr. Kihambwe) ...	200	67	—	—	267
Katwa (terr. Lubero)... ..	190	?	?	—	190
	774	252	11	—	1.015

La statistique ci-dessus se rapporte aux léproseries les plus importantes. Dans les autres villages, les lépreux sont réunis par petits groupes dans les environs des dispensaires ruraux et centres d'injections, où ils peuvent bénéficier d'un traitement médical.

Un village agricole pour lépreux sera organisé en 1939 en chefferie des Wakabongo, dans la région d'Itula.

Province d'Elisabethville.

Lazaret d'Ankoro	255 malades.
Village agricole de Luanza	32 malades.
Village agricole de Kapanga	221 malades.
Village agricole de Mwilambwe	92 malades.
Camp de ségrégation de N'Gaie	30 malades.
Lazaret d'Elisabethville	10 malades.
	<hr/>
	640 malades.

**BIBLIOGRAPHIE DES TRAVAUX CONSACRES A LA LEPRE
ET PARUS EN BELGIQUE.**

Histoire.

1. BROECKX, C., Note sur la visite des lépreux à Anvers (*Ann. Acad. d'Archéol. de Belg.*, 1860).
2. DE METS, A., L'état civil des lépreux à Anvers (*Liber Memorialis Soc. Méd. d'Anvers*, 1924).
3. TRICOT-ROYER, Les léproseries d'Hérenthals : Sint-Jan ter Lazarijen *De Vlijt*, Antwerpen, 1923).
4. — Les lépreux d'Anvers. Dernière page de leur histoire (*Bull. Soc. franç. d'Hist. de la Médecine*, Le Mans, 1925).
5. — De melaatschen van Herenthals en die uit Tongerlo, uit sociaal standpunt beschouwd, in de XVI^e eeuw (*Vlaamsch Geneeskundig Tijdschrift*, 1925, blz. 649).
6. — *Les lépreux de Tongerlo* (Communication faite au V^e Congrès international d'Histoire de la Médecine, Genève, 1926).
7. — Marie-Anne de Licht, demoiselle de qualité, se voue aux soins des lépreux d'Anvers, en 1672 (*De Vlijt*, Antwerpen, 1927).
8. — Un point d'histoire : quelles étaient les affections qualifiées de lépreuses dans l'ancien Duché de Brabant ? (*Mém. cour. de l'Acad. roy. de Méd. de Belg.*, 1927, t. XXIII).
9. — Le nombre de lépreux de l'ancien Duché de Brabant (*Bull. Acad. roy. Méd. de Belg.*, séance du 28 avril 1928).
10. — La lèpre à Anvers au XVIII^e siècle (*Bull. Acad. roy. Méd. de Belg.*, V, t. VIII, p. 913, 1928).
11. — Les signes distinctifs des lépreux en Belgique (*Bull. Acad. roy. Méd. de Belg.*, V, t. IX).
12. — *Lepra hujus patriae*. Les visitations des lépreux d'Anvers depuis 1730 à 1782 (*De Vlijt*, Antwerpen, 1929).
13. — Les haitiés dans les léproseries belges (*In Atti del VIII Congresso International di Storia della Medicina*, Pisa, 1931).
14. — Les saints protecteurs des lépreux (*Bull. de la Soc. franç. d'Hist. de la Méd.*, Le Mans, 1932, t. XXVI).
15. — Une charte de Philippe le Bon en faveur des lépreux de Lille (*Bull. de la Soc. Franç. d'Hist. de la Méd.*, Le Mans, 1934, t. XXVIII).
16. VAN SCHEVENSTEEN, A.-F.-C., De leprozen en stadsrekeningen van Antwerpen tot het einde van het Oud Regiem (*Bijdragen tot de Geschiedenis*, XVIII^e jaargang, Januari-Maart 1927).

17. VAN SCHEVENSTEEN, A.-F.-G., De reglementeering der Leproosdij te Antwerpen (*Antwerpsche Archievenblad*, 2^e reeks, II^e jaargang, 2^e aflevering, April 1927).
18. — Une consultation à la Faculté de Médecine de Louvain, au sujet de la lèpre à Anvers au début du XVIII^e siècle (*Janus*, juillet-août 1927).
19. — De rekeningen van het Klooster Terzielen te Antwerpen (*Bijdragen tot de Geschiedenis*, XVIII^e jaargang, November-December 1927).
20. — De ontwikkeling van het Klooster Terzielen te Antwerpen (*Antwerpsch Archievenblad*, 2^e reeks, III^e jaargang, 2^e aflevering, April 1928).
21. — De visitatie-protokollen der leprozen te Antwerpen (*Bijdrage tot de Geschiedenis*, XIX^e jaargang, Juni-Juli 1928).
22. — A propos de l'article du Dr Tricot-Royer, « Un point d'histoire : quelles étaient les affections qualifiées de lépreuses dans l'ancien Duché de Brabant? (*Janus*, vol. XXXIII, 1928).
23. — De ondergang van het Klooster Terzielen binnen Antwerpen (*Bijdrage tot de Geschiedenis*, XIX^e jaargang, Augustus-December 1928).
24. — De statuten van het Klooster Terzielen, te Antwerpen (*Antwerpsch Archievenblad*, 2^e reeks, IV^e jaargang, 1929, 41^e aflevering, Januari).
25. — Het proces van Terzielen met de almoezeniers van Antwerpen, omtrent eene leproze (1727-1731) (*Bijdrage tot de Geschiedenis*, Januari-Februari 1929).
26. — Un procès entre la Supérieure de Terzielen et les doyens de la Confrérie de Saint-Lazare à Rumpst (*Janus*, 1929, t. XXXIII).
27. — De leprozerie van Dambrugge (*Antwerpsch Archievenblad*, 2^e reeks, IV^e jaargang, 2^e aflevering, April 1929).
28. — Een onderzoek over de lepra op het einde der XVIII^e eeuw te Antwerpen (*Vlaamsch Geneeskundig Tijdschrift*, n^o 18, 1929).
29. — La lèpre dans le marquisat d'Anvers aux temps passés (*Mém. cour. de l'Ac. roy. de Méd. de Belg.*, 1930, t. XXIV; bibliographie historique étendue).

Généralités.

30. BURNET, E., Le mystère de la lèpre (Conférence, *Bruxelles-Médical*, n^o spécial, juin 1932, p. 26).
31. DE KEYZER, *Considérations sur la lèpre aux îles Hawaï* (Bruxelles, E. Goossens, rue Lebeau, 49; 90 pages).
32. DUBOIS, A., Le foyer de lèpre de la région de Wamba-Pawa (*Inst. Roy. Col. Belg.*, t. II, n^o 1, pp. 173-179; 21 mars 1931).
33. — La lèpre dans la région de Wamba-Pawa (*Mém. Inst. Roy. Col. Belg.*, t. I, n^o 2, série in-8^o).

34. — DUBOIS, A., La lèpre, Diagnostic et traitement (*Rev. Méd. de Louvain*, n° 4, 1939).
35. — *La lèpre. Diagnostic. Traitement. Prophylaxie* (Min. des Colon., Bruxelles, 1939, 108 pages).
36. — La lutte contre la lèpre en Hindoustan (*Inst. Roy. Col. Belg.*, 1938, n° 3, pp. 728-784).
37. DUREN, A., *Rapport de la Commission de la Lèpre* (Président : M. J. Rodhain; Min. des Colon., Bruxelles, 1939).
38. HEMERICKX, J., Rapport sur une mission d'étude à l'Institut central de la Lèpre à Bamako (*Inst. Roy. Col. Belg.*, 18 décembre 1937, t. VIII, pp. 824-849).
39. MUIR, E., Report on Leprosy in Belgian Congo (*Leprosy Review*, vol. IX, n° 1, January 1939).
40. VAN DEN BRANDEN, F., *Note sur la lèpre au Congo belge*. Note de vulgarisation écrite à l'intention des noirs lettrés (Publié par le Min. des Colon.; Vromans, 3, rue de la Chapelle, Bruxelles).

Expérimentation. — Sérologie. — Bactériologie.

41. ADANT, M., La réaction de Rubino dans la lèpre (*C. R. Soc. de Biol.*, 30 mai 1931).
42. — La réaction de Bothelo dans la lèpre. Technique de Ichikawa et Baum (*C. R. Soc. de Biol.*, 30 mai 1931).
43. — La cutiréaction à la tuberculine chez les lépreux (*C. R. Soc. de Biol.*, 26 septembre 1931).
44. — Quelques recherches sur la lèpre (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1932, t. XII, pp. 411-428).
45. — Au sujet de la réaction de Rubino (*C. R. Soc. de Biol.*, 30 avril 1932).
46. DEMANEZ (M^{lle} M.-L.), Recherches sur la lèpre murine et le bacille Duval 514 (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1935, t. XV, n° 1).
47. DUBOIS, A., La cutiréaction à la tuberculine chez les lépreux (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1932, t. XII, p. 1).
48. DUBOIS, A., et DEGOTTE, J., Réaction de Mitsuda dans la lèpre (*Bull. Soc. de Path. exot.*, 1934, t. XXVII, p. 802).
49. — — Séro-floculation syphilitique chez les lépreux (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1935, t. XV, pp. 201-208).
50. DUBOIS, A., GAVRILOV, W., et VAN BREUSEGHEM, R., Injection intradermique de bacilles de Kedrowski chez les lépreux et les non-lépreux (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, t. XVI, 1936, p. 483).
51. DUBOIS, A., La réaction de Mitsuda (*Bull. Soc. de Path. exot.*, 1936, n° 6, p. 649).
52. GAVRILOV, W., et DUBOIS, A., Culture du bacille de Stephansky (*C. R. Soc. de Biol.*, 1936, t. CXXI, p. 1386).

53. GAVRILOV, W., DUBOIS, A., et FESTER (M^{me}), Contribution à l'étude des bacilles acido-résistants : le bacille de Kedrowski (*Inst. Roy. Col. Belge*, Bull. des séances, 1937, t. VIII, n° 2, pp. 550-560).
54. — L'infection du rat par le bacille de Stephanski, observée en Belgique (*Intern. Journ. of Leprosy*, 1938, t. VI, n° 6).
55. — Influence de l'avitaminose sur l'infection des cobayes par le bacille de Stephanski (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1939, t. XIX, p. 361).
56. GAVRILOV, W., et FESTER (M^{me}), Le bacille de Stephanski et la culture de tissus de divers animaux de laboratoire (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1939, t. XIX, p. 367).
57. RADNA, R., Note sur la réaction de Mitsuda chez les sujets indemnes de lèpre (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1938, t. XVIII, fasc. 1, pp. 63-72).
58. — Sur quelques réactions sérologiques non spécifiques pour le diagnostic et le pronostic de la lèpre (*Inst. Roy. Col. Belge*, 1939, pp. 114-132).
59. — Sur la réaction de Witebsky-Klingenstein-Kuhn dans la lèpre (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1939, t. XIX, p. 407).
60. — Sur la lipase du sérum des lépreux (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1938, t. XVIII, fasc. 2, pp. 233-236).
61. — Sur la lipase du sérum des lépreux (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1939, t. XIX, n° 1).
62. — Sur la bacillémie des lépreux (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1939, t. XIX, pp. 51-53).
63. — Sur la teneur en calcium du sérum des indigènes du Congo belge (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1939, t. XIX, fasc. 1).
64. VAN BREUSEGHEM, R., Étude de la réaction déterminée par la léprine de Loewenstein chez le lépreux et chez l'homme sain (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1936, n° 1).
65. VAN DEN BRANDEN, F., Réaction de déviation du complément et réaction de flocculation effectuées simultanément sur le sérum de lépreux (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1935, t. XV, pp. 391-396).

Clinique. — Diagnostic.

66. ASSELBERGHS, E., Cas de lèpre maculeuse avec anesthésie (*Bull. Soc. belge de Dermat.*, 8 mars 1903).
67. BAYET, Cas de lèpre avec guérison apparente (*Bull. Soc. belge de Dermat.*, 14 juillet 1901).
68. BERTRAND, Cas de lèpre (*Bull. Soc. belge de Dermat.*, 13 juin 1909).
69. BOURGUIGNON, G.-C., Nouveau cas de lèpre diagnostiqué au Congo belge chez un Européen (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1934, t. XIV, pp. 389-392).

70. DE KEYZER, Cas de lèpre anesthésique mutilante (*Bull. Soc. belge de Dermat.*, 8 mars 1903).
71. — Lèpre tuberculeuse traitée par le radium et la nastin (*Bull. Soc. belge de Dermat.*, 11 mai 1911).
72. DEGOTIE, J., Les troubles de la sudation dans le diagnostic de la lèpre débutante (réaction de Jurgensen et Milnor) (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1938, t. XVIII, pp. 419-420).
73. — Diagnostic précoce de la lèpre. Valeur comparée des diverses recherches bactériologiques et cliniques (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1938, t. XVIII, pp. 533-538).
74. DESNEUX, Cas de lèpre maculeuse généralisée contractée au Congo (*Bull. Soc. belge de Dermat.*, 12 novembre 1933).
75. DUBOIS, A., La démonstration du bacille de Hansen dans les coupes histologiques (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1937, t. XVII, pp. 291-296).
76. — Classification des formes cliniques de la lèpre selon la Conférence internationale du Caire de 1938 (*Inst. Roy. Col. Belge*, 16 juillet 1938, t. IX, pp. 421-428).
77. — Contribution au diagnostic et à la connaissance de l'évolution des macules en pays d'endémie lépreuse (*Inst. Roy. Col. Belge*, 1939, t. XIX, p. 308).
78. DUBOIS, A., GAVRILOV, W., et FESTER (M^{me}), La bacillémie chez les lépreux comme méthode de culture et comme méthode de diagnostic (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1937, t. XVII, pp. 169-175).
79. DUBOIS, A., DUPONT, AD., CONZEMIUS, E., et DEGOTIE, J., L'histo-diagnostic dans le dépistage de la lèpre débutante (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1937, t. XVII, pp. 307-322).
80. DUBOIS, A., et DEGOTIE, J. — Le test à la pilocarpine dans le diagnostic des macules lépreuses (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1938, t. XVIII, pp. 421-428).
81. DUBOIS, A., et DUPONT, AD., Formes anatomo-cliniques et classification de la lèpre (*Inst. Roy. Col. Belge*, 1936, pp. 549-572).
82. DUBOIS, A., et RADNA, R., Incisions multiples de la peau dans le diagnostic bactérioscopique de la lèpre. Signification des bacilles acido-résistants rencontrés (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1938, pp. 547-562).
83. EYCKMANS, Lépreuse pulmonaire pure dans un cas de lèpre tuberculeuse (*Bull. Soc. belge de Dermat.*, 9 novembre 1924).
84. MONTPELLIER, J., Au sujet de la lèpre en Algérie (*Bruzelles-Médical*, 3 mai 1923, p. 375).
85. POIRIER, Cas de lèpre mutilante (*Bull. Soc. belge de Dermat.*, 18 avril 1909).
86. — Un cas de lèpre tuberculeuse. Un cas de lèpre nerveuse systématique (*Bull. Soc. belge de Dermat.*, 11 novembre 1923).

87. RADNA, R., L'examen bactériologique dans le diagnostic de la lèpre: 1^{re} note (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1937, t. XVII, pp. 555-563).
88. — La microscopie de fluorescence comme mode de recherche du bacille de la lèpre et des trypanosomes (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1938, t. XVIII, pp. 623-628).
89. — La ponction ganglionnaire de sujets sains en pays d'endémie lépreuse (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1938, t. XVIII, pp. 497-500).
90. — Sur les réactions sérologiques syphilitiques chez le lépreux (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1939, t. XIX, n° 3).
91. THOMAS, Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de la lèpre (*Bull. Méd. du Katanga*, 1932, 9^e année n° 6, et 1933, 10^e année, n° 1).
92. VAN BREUSEGHEM, R., et MOULES (M^{me}). Pratique de la coloration du bacille de Hansen dans les frottis (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1937, t. XVII, pp. 137-140).
93. VAN BREUSEGHEM, R., Contribution à l'étude du diagnostic de la lèpre. La ponction ganglionnaire (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1937, t. XVII, pp. 375-379).
94. — Contribution à l'étude du diagnostic de la lèpre. Les troubles de la sudation (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1937, t. XVII, pp. 381-384).
95. — Contribution au diagnostic de la lèpre : l'examen du mucus nasal (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1938, t. XVIII, pp. 291-292).
96. VAN DEN BRANDEN, F., Premier cas de lèpre diagnostiqué au Congo belge chez un Européen (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1931, t. XI, pp. 9-10).

Thérapeutique. — Plantes chaulmoogriques.

97. ADRIAENS, L., Contribution à l'étude chimique des plantes à huile chaulmoogrique du Congo belge : 1. Le *Caloncoba welwitchii* (OLIV.) GILG. (*Bull. Inst. Roy. Col. Belge*, 16 avril 1932, pp. 374-395).
98. — Idem : 2. L'*Hydnocarpus wightiana* (*Ibid.*, pp. 406-408).
99. — Idem : 3. L'*Hydnocarpus anthelmintica* PIERRE (*Ibid.*, 1933, vol. IV, fasc. 1, pp. 220-225).
100. — Étude chimique des graines d'*Hydnocarpus anthelmintica* PIERRE originaires du Congo belge (*Les Matières grasses*, Paris, n° 300, pp. 97-98).
101. — Les plantes à huile chaulmoogrique (*Revue du Congo*, I, 4, pp. 524-535).
102. — *Les plantes à huile chaulmoogrique du Congo belge* (V^e Congrès international des Plantes médicinales aromatiques, Bruxelles, 1935).
103. — Les plantes médicamenteuses à matière grasse du Congo belge (Congrès pour l'amélioration du matériel colonial, Bruxelles, 1935; *Le Matériel colonial*, 1936, pp. 227-246).

104. BARTMAN, Essai de traitement de la lèpre par de fortes doses des éthyl-esters de l'huile de Chaulmoogra. Essai de traitement par l'iode (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1934, t. XIV, pp. 7-18).
105. CLERCKX, Le traitement de la lèpre par le Chaulmoograte de diéthylamine (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1938, t. XVIII, pp. 373-376).
106. DE SOUZA ARAUJO, H., Le traitement moderne de la lèpre dans les principaux centres de léprologie (*Bruzelles-Médical*, 29 mars 1931, p. 630).
107. — Traitement éclectique de la lèpre (*Bruzelles-Médical*, 6 novembre 1938, pp. 1-13).
108. DE WILDEMAN, E., A propos de plantes contre la lèpre : *Crinum* sp., Amaryllidacées (*Mém. Inst. Roy. Col. Belge*, t. V, n° 3, in-8°).
109. — Sur les plantes à huiles chaulmoogriques du Congo belge (*Inst. Roy. Col. Belge*, 18 janvier 1930, fasc. 1, pp. 94-115).
110. — Plantes contre la lèpre (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1932, t. XII, pp. 265-270).
111. — Une plante contre la lèpre (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1937, t. XVII, pp. 13-15).
112. DE WILDEMAN, E., et PIERAERTS, Sur les *Hydnocarpus* à l'huile de Chaulmoogra cultivés au Congo belge (*Inst. Roy. Col. Belge*, 21 juin 1930, vol. I, n° 2, pp. 303-313).
113. DUBOIS, A., et URY, J., Note sur le traitement de la lèpre par les sels d'or (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1933, t. XIII, pp. 5-12).
114. DUBOIS, A., WESTERLINCK, H., et DEGOTTE, J., Essais thérapeutiques dans la lèpre : le Manganyl (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1915, t. XV, pp. 19-24).
115. — Essais thérapeutiques dans la lèpre : le bleu de Méthylène (*Bull. Soc. de Path. exot.*, 1935, t. XXVIII, p. 63).
116. — Essais thérapeutiques dans la lèpre : le sulfate de cuivre (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1935, t. XV, pp. 25-30).
117. DUBOIS, A., et RESSELER, R., Emulsion d'huile de Chaulmoogra. Préparation. Tolérance par voie veineuse chez les animaux (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1939, t. XIX, pp. 355-360).
118. MERCKEN, G., Essai de traitement de la lèpre par l'injection intraveineuse de bleu de Méthylène (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1936, t. XVI, p. 493).
119. OCCHINO et KERNKAMP, Le traitement de quelques affections et notamment du pian par les injections intraveineuses de sulfate de cuivre (on y mentionne des traitements de la lèpre) (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1933, t. XIII, p. 397).
120. — Le bleu de Méthylène dans le traitement de la lèpre (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1936, t. XVI, p. 503).
121. POTTIER, R., Note au sujet de médicaments dérivés de l'huile de Chaulmoogra, utilisés contre la lèpre (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1932, t. XII, pp. 143-146).

122. PRUDENTE, A., La chirurgie structurive en face des deux plus grands fléaux de l'humanité : le cancer et la lèpre (*Revue de Chirurgie structurive*, 1937, 7^e année, n^o 2, pp. 148-155).
123. RADNA, R., Contribution à la question du traitement de la lèpre (1^{re} note) (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, t. XVIII, 1938, pp. 225-232).
124. — Sur le traitement des algies lépreuses par le Cobranyl (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1938, t. XVIII, pp. 73-74).
125. — Sur le traitement de la réaction lépreuse (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1939, t. XIX, p. 227).
126. — Sur le traitement des lésions trophiques lépreuses (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1939, t. XIX, n^o 1).
127. — Contribution au traitement de la lèpre : le traitement par injections endoveineuses et endodermiques de fortes doses d'huile de Chaulmoogra et de ses dérivés (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1939, t. XIX, p. 393).
128. SCHWETZ, J., A propos du traitement de la lèpre par la Trypaflavine (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1933, t. XIII, pp. 43-48).
129. VAN BREUSEGHEM, R., Essai d'un traitement de la lèpre par l'hypo-sulfite de soude (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1936, t. XVI, p. 285).
130. — Essai du 4828A dans le traitement de la lèpre (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1936, t. XVI, fasc. 1).
131. — Iode *per os* en thérapeutique antilépreuse (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1936, t. XVI, p. 367).
132. — Le Solganal associé aux éthylesters de Chaulmoogra dans le traitement de la lèpre (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1936, t. XVI, p. 379).
133. — Essais thérapeutiques dans la lèpre : le calcium. Le carbone intraveineux (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1936, t. XVI, p. 537).
134. — Essais de traitement de la lèpre par un colloïde de synthèse associé au bleu de Méthylène (*Intern. Journ. of Lepr.*, 1935, t. V, pp. 73-75).
135. VAN HEUSTZ, J.-B., Lepra en U. C. B. Leprarsol (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1932, t. XII, pp. 385-394).

Epidémiologie. — Prophylaxie.

136. BERNARD, R., L'effort prophylactique de la République Argentine et du Brésil (*Bruxelles-Médical*, 16 septembre 1928, n^o 46, p. 1500).
137. — Sur la lèpre au Brésil et en Argentine (*Bruxelles-Médical*, 1931, n^o 45, p. 46).
138. CONZEMIUS, L'élimination de *Mycobacterium leprae* par desquamations cutanées physiologiques (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1933, t. XIII, pp. 1-4).

139. DANIEL, G., Inspections médicales dans l'Ituri (Congo belge). La lèpre au Nepoko (*Bull. Soc. de Path. exot.*, 1919, t. XII, n° 7).
 140. DE BROUWERE, P., Vue d'ensemble sur la situation de la maladie du sommeil et de la lèpre dans les territoires sous l'action de la Foréami durant l'année 1936 (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1938, t. XVIII, pp. 381-418).
 141. DEGOTTE, J., Contribution à l'étude épidémiologique de la lèpre dans la région du Nepoko (Kibali-Ituri) (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1939, t. XIX, fasc. 1, pp. 1-12).
 142. DUBOIS, A., La prophylaxie de la lèpre au Congo (*Bruzelles-Médical*, octobre 1932, n° 49).
 143. — La prophylaxie de la lèpre au Congo (*Inst. Roy. Col. Belge*, 15 juin 1935, t. VI, fasc. 2, pp. 458-472).
 144. DUPUY, L., L'endémie lépreuse au cours de l'année 1934 dans les territoires soumis à l'action du Fonds Reine Elisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes au Congo belge (Foréami) (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1936, t. XVI, p. 177).
 145. — La situation endémique de la lèpre dans la région desservie par Foréami (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1937, t. XVII, pp. 323-332).
 146. HADDAD, E., Contribution à l'étude de la lèpre au Kasai (Congo belge), d'après 127 cas observés en pratique itinérante (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1931, t. XI, pp. 311-314).
 147. RADNA, R., Contribution au problème de la transmission de la lèpre (1) (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1939, t. XIX, pp. 39-50).
 148. — Contribution au problème de la transmission de la lèpre (2). La transmission du bacille de Hansen (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1939, t. XIX, p. 201).
 149. SOUZA ARAUJO (H.-C. DE), La lèpre au Brésil et sa prophylaxie (*Bruzelles-Médical*, 26 juin 1938, n° 34).
 150. VAN BREUSEGHEM, R., Lèpre et Sangsues (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1937, t. XVII, pp. 237-244).
 151. — La lèpre chez les Pygmées (*Ann. Soc. belge de Méd. Trop.*, 1938, t. XVIII, pp. 135-137).
 152. VAN CAMPENHOUT, La lèpre dans la colonie du Congo belge (*Lepra Bibliotheca Internationalis*, vol. 10, Leipzig, 1910).
 153. — La lutte contre la lèpre au Congo belge (*III^e Conférence internationale de la lèpre*, Strasbourg, 1923; Paris, 1924).
-

ADDENDUM.

Ci-après quelques indications bibliographiques qui n'ont pu être introduites à temps dans la liste précédente :

- BETS, P.-V., Notice sur la ladrerie de Terbanck, près de Louvain. La chapelle dite Lazernij, à Rumpst, et la condition sociale des lépreux dans le Brabant, in *Analectes pour servir à l'Histoire ecclésiastique de la Belgique*, t. VII, 1870, t. VIII, 1871.
- BORGNET, J., Les Grands Malades (notice sur la léproserie de Namur, in *Ann. de la Soc. archéologique de Namur*, t. I, 1849.
- DE METS, A., *Les médecins des lépreux à Anvers*, Yperman, 1924.
- DE KEYZER, LÉON, Quelques considérations sur les léproseries belges du moyen âge (*Journal médical de Bruxelles*, 1912, nos 19 et 23).
- KURTH, G., *La lèpre en Occident avant les Croisades*, Paris, 1907.
- DE POTTER, FRANS, *De Leproos in de Middeleeuwen (Het Belfort)*. Gent, A. Siffer, 1891, in-8°.
- DUBOIS, A., La Croix-Rouge du Congo et l'organisation antilépreuse du Nepoko (Conférence donnée à l'Union Coloniale le 29 novembre 1933) (*Bulletin mensuel de l'Association pour le Perfectionnement du matériel colonial*, nos 2-3, novembre-décembre 1933).
- VECKMANS, J., La prophylaxie de la lèpre au Congo (*L'Aide médicale aux Missions*, octobre 1938).
- SCHWETZ, J., A propos du traitement de la lèpre par les éthers éthyliques de l'huile de Chaulmoogra (*Ann. de la Soc. belge de Médecine tropicale*, t. IX, n° 4, décembre 1929).
- TROLLI, G., Les plantes à Chaulmoogra (*La Dépêche coloniale*, 20 février 1936).
- LENGAUER, Rapports 1936 et 1937 de la Léproserie belge d'Ossiomo (Nigérie britannique). (*L'Aide médicale aux Missions*, avril 1937-octobre 1938 et avril 1939).
- DUREN, A., La Fondation Père Damien (Interview) (*La Dépêche coloniale belge*, 16-23 décembre 1939).
- LENGAUER, Deux ans au service des lépreux dans la brousse africaine (Conférence donnée à l'Union Coloniale en avril 1937) (*L'Aide médicale aux Missions*, 9^e année, n° 4 et 10^e année, n° 1).

Les travaux suivants ont en outre été présentés au Congrès du Caire 1938 et seront donc publiés avec les comptes rendus du dit Congrès :

- VAN BREUSEGHEM, R., *La lèpre chez les Pygmées*.
- DUBOIS, A., *Possibilités et limites du diagnostic histologique de la lèpre débutante*.
- *L'endémie lépreuse au Congo belge* (Méthodes de lutte envisagées).
- KELLERSBERGER, E. R., *An agricultural leper colony in the Belgian Congo*.



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, le Dr A., *La lèpre dans la région de Wamba-Pawa (Uele-Nepoko)* (87 pages, 1932) 13 »
3. LEPLAE, E., *La crise agricole coloniale et les phases du développement de l'agriculture dans le Congo central* (31 pages, 1932) 5 »
4. DE WILDEMAN, E., *Le port suffrutescent de certains végétaux tropicaux dépend de facteurs de l'ambiance!* (51 pages, 2 planches, 1933) 10 »
5. ADRIAENS, L., CASTAGNE, E. et VLASSOV, S., *Contribution à l'étude histologique et chimique du Sterculia Bequaerti De Wild.* (112 pages, 2 planches, 28 fig., 1933). 24 »
6. VAN NITSSEN, le Dr R., *L'hygiène des travailleurs noirs dans les camps industriels du Haut-Katanga* (248 pages, 4 planches, carte et diagrammes, 1933). 45 »
7. STEYAERT, R. et VRYDAGH, J., *Etude sur une maladie grave du cotonnier provoquée par les piqures d'Helopeltis* (55 pages, 32 figures, 1933) 20 »
8. DELEVOY, G., *Contribution à l'étude de la végétation forestière de la vallée de la Lukuga (Katanga septentrional)* (124 pages, 5 planches, 2 diagr., 1 carte, 1933). 40 »

Tome II.

1. HAUMAN, L., *Les Lobelia géants des montagnes du Congo belge* (52 pages, 6 figures, 7 planches, 1934) 15 »
2. DE WILDEMAN, E., *Remarques à propos de la forêt équatoriale congolaise* (120 p., 3 cartes hors texte, 1934) 26 »
3. HENRY, J., *Etude géologique et recherches minières dans la contrée située entre Ponthierville et le lac Kivu* (51 pages, 6 figures, 3 planches, 1934). 16 »
4. DE WILDEMAN, E., *Documents pour l'étude de l'alimentation végétale de l'indigène du Congo belge* (264 pages, 1934) 35 »
5. POLINARD, E., *Constitution géologique de l'Entre-Lulua-Bushimaie, du 7° au 8° parallèle* (74 pages, 6 planches, 2 cartes, 1934). 22 »

Tome III.

1. LEBRUN, J., *Les espèces congolaises du genre Ficus L.* (79 pages, 4 figures, 1934). 12 »
2. SCHWEITZ, le Dr J., *Contribution à l'étude endémiologique de la malaria dans la forêt et dans la savane du Congo oriental* (45 pages, 1 carte, 1934). 8 »
3. DE WILDEMAN, E., TROLLI, GREGOIRE et OROLOVITCH, *A propos de médicaments indigènes congolais* (127 pages, 1935) 17 »
4. DELEVOY, G. et ROBERT, M., *Le milieu physique du Centre africain méridional et la phytogéographie* (104 pages, 2 cartes, 1935) 16 »
5. LEPLAE, E., *Les plantations de café au Congo belge. — Leur histoire (1881-1935). — Leur importance actuelle* (248 pages, 12 planches, 1936) 40 »

Tome IV.

1. JADIN, le Dr J., *Les groupes sanguins des Pygmées* (Mémoire couronné au Concours annuel de 1935) (26 pages, 1935) 5 »
2. JULIEN le Dr P., *Bloedgroeponderzoek der Efé-pygmeeën en der omwonende Negerstammen* (Verhandeling welke in den jaarlijkschen Wedstrijd voor 1935 eene eervolle vermelding verwierf) (32 bl., 1935) 6 »
3. VLASSOV, S., *Espèces alimentaires du genre Artocarpus. — 1. L'Artocarpus integrifolia L. ou le Jacquier* (80 pages, 10 planches, 1936) 18 »
4. DE WILDEMAN, E., *Remarques à propos de formes du genre Uragoga L. (Rubiaceées). — Afrique occidentale et centrale* (188 pages, 1936) 27 »
5. DE WILDEMAN, E., *Contributions à l'étude des espèces du genre Uapaga BAILL. (Euphorbiacées)* (192 pages, 43 figures, 5 planches, 1936). 35 »

Tome V.

1. DE WILDEMAN, E., *Sur la distribution des saponines dans le règne végétal* (94 pages, 1936) fr. 16 »
2. ZAHLBRÜCKNER, A. et HAUMAN, L., *Les lichens des hautes altitudes au Ruwenzori* (31 pages, 5 planches, 1936) 10 »
3. DE WILDEMAN, E., *A propos de plantes contre la lèpre (Crinum sp. Amaryllidacées)* (58 pages, 1937) 10 »
4. HISSETTE, le Dr J., *Onchocercose oculaire* (120 pages, 5 planches, 1937) 25 »
5. DUREN, le Dr A., *Un essai d'étude d'ensemble du paludisme au Congo belge* (86 pages, 4 figures, 2 planches, 1937) 16 »
6. STANER, P. et BOUTIQUE, R., *Matériaux pour les plantes médicinales indigènes du Congo belge* (228 pages, 17 figures, 1937) 40 »

Tome VI.

1. BURGEON, L., *Liste des Coléoptères récoltés au cours de la mission belge au Ruwenzori* (140 pages, 1937) 25 »
2. LEPERSONNE, J., *Les terrasses du fleuve Congo au Stanley-Pool et leurs relations avec celles d'autres régions de la cuvette congolaise* (68 pages, 6 figures, 1937). 12 »
3. CASTAGNE, E., *Contribution à l'étude chimique des légumineuses insecticides du Congo belge* (Mémoire couronné au Concours annuel de 1937) (102 pages, 2 figures, 9 planches, 1938) 45 »
4. DE WILDEMAN, E., *Sur des plantes médicinales ou utiles du Mayumbe (Congo belge), d'après des notes du R. P. WELLENS † (1891-1924)* (97 pages, 1938) 17 »
5. ADRIAENS, L., *Le Ricin au Congo belge. — Etude chimique des graines, des huiles et des sous-produits* (206 pages, 11 diagrammes, 12 planches, 1 carte, 1938) 60 »

Tome VII.

1. SCHWETZ, le Dr J., *Recherches sur le paludisme endémique du Bas-Congo et du Kwango* (164 pages, 1 croquis, 1938) 28 »
2. DE WILDEMAN, E., *Dioscorea alimentaires et toxiques* (morphologie et biologie) (262 pages, 1938) 45 »
3. LEPLAE, E., *Le palmier à huile en Afrique, son exploitation au Congo belge et en Extrême-Orient* (108 pages, 11 planches, 1939) 30 »

Tome VIII.

1. MICHOT, P., *Etude pétrographique et géologique du Ruwenzori septentrional* (271 pages, 17 figures, 48 planches, 2 cartes, 1938) 85 »
2. BOUCKAERT, J., CASIER, H., et JADIN, J., *Contribution à l'étude du métabolisme du calcium et du phosphore chez les indigènes de l'Afrique centrale* (Mémoire couronné au Concours annuel de 1938) (25 pages, 1938) 6 »
3. VAN DEN BERGHE, L., *Les schistosomes et les schistosomoses au Congo belge et dans les territoires du Ruanda-Urundi* (Mémoire couronné au Concours annuel de 1939) (154 pages, 14 figures, 27 planches, 1939) 45 »
4. ADRIAENS, L., *Contribution à l'étude chimique de quelques gommés du Congo belge* (100 pages, 9 figures, 1939)... .. 22 »

Tome IX.

1. POLINARD, E., *La bordure nord du socle granitique dans la région de la Lubi et de la Bushimai* (56 pages, 2 figures, 4 planches, 1939) 16 »
2. VAN RIEL, le Dr J., *Le Service médical de la Compagnie Minière des Grands Lacs Africains et la situation sanitaire de la main-d'œuvre* (58 pages, 5 planches, 1 carte, 1939) 13 »
3. DE WILDEMAN, E., Drs TROLLI, DRICOT, TESSITORE et M. MORTIAUX, *Notes sur des plantes médicinales et alimentaires du Congo belge* (Missions du « Foréami ») (VI-356 pages, 1939) 60 »
4. POLINARD, E., *Les roches alcalines de Chianga (Angola) et les tufs associés* (32 pages, 2 figures, 3 planches, 1939) 12 »
5. ROBERT, M., *Contribution à la morphologie du Katanga; les cycles géographiques et les pénéplaines* (59 pages, 1939) 10 »

Tome X.

1. DE WILDEMAN, E., *De l'origine de certains éléments de la flore du Congo belge et des transformations de cette flore sous l'action de facteurs physiques et biologiques* (365 pages, 1940) 60 »
2. DUBOIS, A., *La lèpre au Congo belge en 1938* (60 pages, 1 carte, 1940) 12 »

SECTION DES SCIENCES TECHNIQUES

Tome I.

1. FONTAINAS, P., *La force motrice pour les petites entreprises coloniales* (188 p., 1935). 19 »
2. HELLINCKX, L., *Etudes sur le Copal-Congo* (Mémoire couronné au Concours annuel de 1935) (64 pages, 7 figures, 1935). 11 »
3. DEVROEY, E., *Le problème de la Lukuga, exutoire du lac Tanganika* (130 pages, 14 figures, 1 planche, 1938) 30 »
4. FONTAINAS, P., *Les exploitations minières de haute montagne au Ruanda-Urundi* (59 pages, 31 figures, 1938) 18 »
5. DEVROEY, E., *Installations sanitaires et épuration des eaux résiduaires au Congo belge* (56 pages, 13 figures, 3 planches, 1939). 20 »
6. DEVROEY, E., et VANDERLINDEN, R., *Le lac Kivu* (76 pages, 51 figures, 1939) 30 »

Tome II.

1. DEVROEY, E., *Le réseau routier au Congo belge et au Ruanda-Urundi* (218 pages, 62 figures, 2 cartes, 1939) 60 »

COLLECTION IN-4°

SECTION DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES

Tome I.

- SCHEBESTA (le R. P. P.), *Die Bambuti-Pygmaen vom Ituri* (1 frontispice, I-XVIII+ 1-440 pages, 16 figures, 11 diagrammes, 32 planches, 1 carte, 1938) . . . fr. 250 »

SECTION DES SCIENCES NATURELLES ET MEDICALES

Tome I.

1. ROBYNS, W., *Les espèces congolaises du genre Digitaria Hall* (52 p., 6 pl., 1931). fr. 20 »
 2. VANDERYST, le R. P. H., *Les roches oolithiques du système schisto-calcaire dans le Congo occidental* (70 pages, 10 figures, 1932) . . . 20 »
 3. VANDERYST, le R. P. H., *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 »
 6. ROBYNS, W., *Les espèces congolaises du genre Panicum L.* (80 pages, 5 planches, 1932) . . . 25 »
 7. VANDERYST, le R. P. H., *Introduction générale à l'étude agronomique du Haut-Kasai. Les domaines, districts, régions et sous-régions géo-agronomiques du Vicariat apostolique du Haut-Kasai* (82 pages, 12 figures, 1933) . . . 25 »

Tome II.

1. THOREAU, J. et DU TRIEU DE TERDONCK, R., *Le gîte d'uranium de Shinkolobwe-Kasoto (Katanga)* (70 pages, 17 planches, 1933) . . . fr. 50 »
 2. SCAËTTA, H., *Les précipitations dans le bassin du Kivu et dans les zones limitrophes du fossé tectonique (Afrique centrale équatoriale). — Communication préliminaire* (108 pages, 28 figures, cartes, plans et croquis, 16 diagrammes, 10 planches, 1933) . . . 60 »
 3. VANDERYST, le R. P. H., *L'élevage extensif du gros bétail par les Bamponbos et Baholos du Congo portugais* (50 pages, 5 figures, 1933) . . . 14 »
 4. POLINARD, E., *Le socle ancien inférieur à la série schisto-calcaire du Bas-Congo. Son étude le long du chemin de fer de Matadi à Léopoldville* (16 pages, 7 figures, 8 planches, 1 carte, 1934). . . 40 »

Tome III.

- SCAËTTA, H., *Le climat écologique de la dorsale Congo-Nil* (335 pages, 61 diagrammes, 20 planches, 1 carte, 1934) . . . 100 »

Tome IV.

1. POLINARD, E., *La géographie physique de la région du Lublash, de la Bushimate et de la Lubi vers le 6° parallèle Sud* (38 pages, 9 figures, 4 planches, 2 cartes, 1935) . . . 25 »
 2. POLINARD, E., *Contribution à l'étude des roches éruptives et des schistes cristallins de la région de Bondo* (42 pages, 1 carte, 2 planches, 1935). . . 15 »
 3. POLINARD, E., *Constitution géologique et pétrographique des bassins de la Kotto et du M'Bari, dans la région de Bria-Yalinga (Oubangui-Chari)* (160 pages, 21 figures, 3 cartes, 13 planches, 1935) . . . 60 »

Tome V.

1. ROBYNS, W., *Contribution à l'étude des formations herbeuses du district forestier central du Congo belge* (151 pages, 3 figures, 2 cartes, 13 planches, 1936). . . 60 »
 2. SCAËTTA, H., *La genèse climatique des sols montagnards de l'Afrique centrale. — Les formations végétales qui en caractérisent les stades de dégradation* (351 pages, 10 planches, 1937) . . . 115 »

Tome VI.

1. GYSIN, M., *Recherches géologiques et pétrographiques dans le Katanga méridional* (259 pages, 4 figures, 1 carte, 4 planches, 1937) . . . 65 »
 2. ROBERT, M., *Le système du Kundelungu et le système schisto-dolomitique* (108 pages, 1940) . . . 30 »

SECTION DES SCIENCES TECHNIQUES

Tome I.

- | | |
|---|------|
| 1. MAURY, J., <i>Triangulation du Katanga</i> (140 pages, fig., 1930) | 25 » |
| 2. ANTHOINE, R., <i>Traitement des minerais aurifères d'origine filonienne aux mines d'or de Kilo-Moto</i> (163 pages, 63 croquis, 12 planches, 1933) | 50 » |
| 3. MAURY, J., <i>Triangulation du Congo oriental</i> (177 pages, 4 fig., 3 planches, 1934). | 50 » |

Tome II.

- | | |
|---|------|
| 1. ANTHOINE, R., <i>L'amalgamation des minerais à or libre à basse teneur de la mine du mont Tsi</i> (29 pages, 2 figures, 2 planches, 1936) | 10 » |
| 2. MOLLE, A., <i>Observations magnétiques faites à Elisabethville (Congo belge) pendant l'année internationale polaire</i> (120 pages, 16 figures, 3 planches, 1936). | 45 » |
| 3. DEHALU, M., et PAUWEN, L., <i>Laboratoire de photogrammétrie de l'Université de Liège. Description, théorie et usage des appareils de prises de vues, du stéréoplanigraphe C₃ et de l'Aéromultiplex Zeiss</i> (80 pages, 40 fig., 2 planches, 1938) | 20 » |
| 4. TONNEAU, R., et CHARPENTIER, J., <i>Etude de la récupération de l'or et des sables noirs d'un gravier alluvionnaire</i> (mémoire couronné au concours annuel de 1938) (95 pages, 9 diagrammes, 1 planche, 1939) | 35 » |
| 5. MAURY, J., <i>Triangulation du Bas-Congo</i> (41 pages, 1 carte, 1939) | 15 » |

Tome III.

- HERMANS, L., *Résultats des observations magnétiques effectuées de 1934 à 1938 pour l'établissement de la carte magnétique du Congo belge* (avec une introduction par M. Dehalu) :
- | | |
|---|------|
| 1. Fascicule préliminaire. — <i>Aperçu des méthodes et nomenclature des Stations</i> (88 pages, 9 figures, 15 planches, 1939) | 40 » |
| 2. En préparation. | |
| 3. En préparation. | |
| 4. Fascicule III. — <i>Région des Mines d'or de Kilo-Moto, Ituri, Haut-Uele</i> (27 avril-16 octobre 1936) (71 pages, 9 figures, 15 planches, 1939) | 40 » |

Sous presse.

- LEBRUN, J., *Recherches morphologiques et systématiques sur les cafétiers du Congo* (in-8°).
 MERTENS, le R. P. J., *Les chefs couronnés chez les Ba Kongo orientaux. Etude de régime successoral* (in-8°).
 SCHEBESTA, le R. P. P., *Die Bambuti-Pymaën vom Ituri* (2^e partie) (in-4°).
 JADIN, J., *Les groupes sanguins des pygmoides et des nègres de la province équatoriale (Congo belge)* (in-8°).
 VAN NITSEN, le Dr R., *Contribution à l'étude de l'enfance noire au Congo belge* (in-8°).
 DEVROEY, E., *Habitations coloniales et conditionnement d'air sous les tropiques* (in-8°).
 SPRONCK, R., *Mesures hydrographiques effectuées dans la région divergente du bief maritime du fleuve Congo* (in-8°).

BULLETIN DES SÉANCES DE L'INSTITUT ROYAL COLONIAL BELGE

	Belgique.	Congo belge.	Union postale universelle.
Abonnement annuel.	fr. 60.—	fr. 70.—	fr. 75.— (15 Belgas)
Prix par fascicule	fr. 25.—	fr. 30.—	fr. 30.— (6 Belgas)

Tome I (1929-1930) 608 pages	Tome VI (1935) 765 pages
Tome II (1931) 694 »	Tome VII (1936) 626 »
Tome III (1932) 680 »	Tome VIII (1937) 895 »
Tome IV (1933) 884 »	Tome IX (1938) 871 »
Tome V (1934) 738 »	Tome X (1939) 473 »