

# Première Journée de Travail

---

## Evolution des méthodes de prophylaxie de la lèpre

PAR

A. DUBOIS.

(Séance du 28 septembre 1954.)

---

La lèpre fut une des dernières, parmi les nombreuses endémo-épidémies tropicales, à attirer l'attention des médecins et des autorités au Congo. La raison en est d'une part l'urgence de la lutte contre des affections plus dangereuses ou plus répandues : maladie du sommeil, paludisme, pian, maladies vénériennes, d'autre part la faible efficacité des méthodes thérapeutiques antiléprouses qui décourageait aussi bien médecins que malades.

J'ai connu le temps où non seulement on ne se préoccupait pas de la maladie mais encore où on négligeait quasi totalement les lépreux qui, du reste, consultaient rarement.

Cependant après la première guerre mondiale le développement du service médical se fit plus rapide, des médecins plus nombreux eurent davantage de possibilités, le succès obtenu en matière de maladie du sommeil libéra en partie de cette préoccupation. Bref les temps étaient mûrs pour un essai de prophylaxie de la lèpre.

J'ai dit ailleurs (1) avec quelques détails comment un schéma prophylactique s'était développé au Népoko dans les formations de la Croix Rouge du Congo installée depuis 1925 dans la région.

On savait depuis 1919, grâce à Daniel (2), que la lèpre y était fort fréquente (4 p.c. selon cet auteur) et Mouchet (\*) en 1923-24 non seulement avait confirmé le fait mais aussi signalé un essai de prophylaxie par isolement réalisé par les indigènes eux-mêmes sous l'impulsion de l'administrateur Libois. Mouchet citait divers villages d'isolement et en décrivait brièvement deux. Je devais les retrouver en partie en 1931, à des degrés divers d'organisation (1). Les seuls où les malades étaient surveillés et traités étaient ceux de la Croix Rouge, subsidiés par le Gouvernement et dont le Dr Conzemius s'occupait.

---

(\*) Rapport administratif.

Le rapport 1927 de la Croix Rouge précisait qu'il s'agissait d'une station pilote devant vérifier la curabilité de la lèpre et les possibilités de la prophylaxie.

Depuis cette date, comme j'ai pu le vérifier en 1931, 1934, 1938 et 1945, ce schéma a été progressivement étendu dans la région (1.500 lépreux isolés en 1945).

En outre des villages analogues avaient été organisés en d'autres régions et il faut citer en particulier certains villages près de missions (Bibanga) et plus spécialement l'important centre de Tshumbe-Sainte-Marie où le Dr Hemeryck pouvait me montrer en 1945 plus de 1.000 lépreux.

En 1937 le Ministre des Colonies E. Rubbens institua à Bruxelles une Commission de la Lèpre qui, entre autres activités, s'efforça de réunir une documentation sur l'endémie au Congo.

Feu L. Van Hoof, médecin chef à l'époque, obtint une série de rapports de médecins du Congo et je fus chargé de résumer cette compilation considérable et de lecture peu aisée. Ce résumé parut en 1940 (3).

Je pense qu'il est inutile de revenir sur ces chiffres de valeur et précision variables et qui, au cours des années, se sont continuellement accrus au fur et à mesure du perfectionnement des recherches et des recensements.

Je me contenterai de citer les derniers chiffres connus empruntés au rapport du Médecin chef et au travail récent de Gillet (4) qui résume fort bien la situation présente.

Le rapport 1952 du médecin chef dénombre 150.000 lépreux, soit par provinces :

Provinces	Population	Lépreux	Indice p. m.
Léopoldville	2.713.769	6.797	2.50
Kasai	1.984.557	22.713	11.44
Equateur	1.652.160	50.959	30.84
Province Orientale	2.272.719	49.006	21.56
Kivu...	1.791.821	12.216	6.81
Katanga...	1.373.685	9.123	6.64
	11.788.711	150.814	12.79

J. Gillet, dans un travail annexé à la carte nosologique du Congo, fait état de 150.862 hanséniens (\*). Le foyer équatorial en compte 77.520, le foyer de l'Uélé relié au précédent 26.073, le reste étant réparti dans les autres régions à indice endémique moins élevé. On sait, en effet, que les régions de savane du Sud et de l'Est du Congo sont moins touchées par la lèpre que la zone de forêt; celle-ci située à l'intérieur de l'isohyète de 1.600 mm recouvre la cuvette centrale et ses bords. De telles différences ont été signalées dans d'autres pays à régions de pluviosité variable (Indes, Nigérie, Soudan), mais au Congo plus qu'ailleurs cette différence de répartition paraît en relation avec la chute de pluie sans interférence de différences dans les races, les mœurs, la nourriture (Dubois 5).

Citons encore la statistique du Foréami, qui compte en sa zone du Kwango (environ 600.000 âmes) 3.104 hanséniens en 1953 contre 2.119 en 1952 et 1.945 en 1951.

Cette augmentation est due à un dépistage plus complet et aussi au fait que les malades, attirés par les succès des sulfones, se présentent spontanément.

Les lépromateux ne sont que 199, soit 6,41 p.c. (rapport Dr Dricot).

\* \* \*

Telles sont les conditions anciennes et la situation actuelle.

Il est bon de résumer la conception prophylactique qui régnait au Congo avant 1945.

La thérapeutique — limitée au Chaulmoogra — apparaissait comme médiocrement active individuellement et socialement sans efficacité, vu la faible et lente action sur les cas lépromateux reconnus comme les agents de la contagion. Faute d'une thérapeutique à valeur prophylactique, on ne pouvait compter que sur l'isolement, dont la thérapeutique était une sorte de compensation.

Bien que divers modes d'isolement fussent prévus par les décret et règlement d'application, l'isolement en village agricole, dérivé des villages indigènes de Libois, avait paru seul possible tant au point de vue économique que moral.

La nécessité s'était imposée d'isoler non seulement les lépromateux éminemment contagieux mais aussi les cas paucibacillaires peu

---

(\*) Peut-être pourrait-on mettre en discussion la valeur d'une partie de ces diagnostics qui comprennent certainement beaucoup de cas légers, de ceux qu'autrefois on nommait parfois à juste titre S.L. suspects de lèpre. Il est quasi certain que chez beaucoup de ces sujets les signes classiques de certitude n'auront pas été notés.

Ce point sera discuté plus loin à propos du traitement.

ou pas contagieux mais souvent atteints de lésions acrotériques. S'ajoutaient à ces deux catégories un certain nombre de cas légers. Tantôt ils accompagnaient des parents, tantôt ils travaillaient dans le village et touchaient de ce fait un modique salaire. C'était leur présence du reste qui permettait à ces petites communautés d'avoir une certaine activité agricole et de n'apparaître point comme l'endroit maléfique où il fallait, à l'entrée, abandonner toute espérance. Dans la région de Pawa il n'y avait pratiquement pas dans ces villages, de sujets non lépreux, sauf parfois quelques mutilés atteints d'autre affection (pian tertiaire, etc.), et sachant du reste fort bien qu'ils n'étaient pas lépreux. En 1945 la révision des villages situés près de Pawa donnait le tableau suivant (Dubois 6) :

<b>Lépreux de tous âges des deux sexes.</b>	
Bacilles :	
+++ ... ..	260
+ ... ..	145
O ... ..	1.143
Classification :	
L. ... ..	56
Ld. ... ..	47
LM ... ..	16
LNa ... ..	137
NB + ... ..	65
Ns. Na 1 ... ..	227
Ns. Na 2-3 ... ..	339
Na 2-3 ... ..	496
NT ou t ... ..	52
Cas légers ... ..	113
Ulcères ... ..	504

On peut admettre que de ce total les cas Ns Na 1, NT ou t, les cas légers soit 392 sur 1548 auraient pu être traités ambulatoirement... si l'organisation et le personnel l'avaient permis. Les lépromateux et autres cas bacillaires ne comprenaient que 321 cas. Les mutilés graves N et L faisaient un total de 972 sujets, soit près des deux tiers. Les ulcères atteignaient 504 sujets, soit un tiers.

\* \* \*

On voit la faiblesse du système : isolement, du reste imparfait, d'un nombre assez faible de lépreux « ouverts », isolement somme toute superflu de cas légers. Certains auteurs admettent, à tort je pense, la possibilité pour ces derniers de surinfection.

En outre des naissances, assez peu nombreuses mais inévitables, créaient des problèmes que l'installation très incomplète des internats pour enfants était loin de résoudre partout.

Tel quel, le système pouvait-il amener des résultats importants?

Il est difficile de le croire. Les recensements faits autour de Pawa n'indiquaient guère une réduction de l'endémicité, bien que selon Degosse l'index fut un peu meilleur dans les régions où l'isolement avait été pratiqué depuis longtemps et avec une certaine régularité (cfr. Zanetti 7).

Il était du reste trop tôt pour porter un jugement définitif; en matière de lèpre il faut parler non par années mais par décades ou demi-siècles (\*).

En fait, c'était un système conciliant le souhaitable et le possible. Il était assez bien accepté des indigènes que j'ai vu souvent demander spontanément l'admission au village. Avec le recul du temps le grand mérite de cette tentative paraît d'avoir été une initiative qui préparait les esprits tant des malades que des médecins à une organisation meilleure.

Aussi devons-nous garder un souvenir reconnaissant à nos prédécesseurs : l'administrateur Libois et le Dr E. Conzemius, tous deux décédés.

Comment ne pas évoquer aussi le souvenir de ces hanséniens que j'ai connus au Népoko, supportant avec courage et même avec la gaieté de leur race leur sort pénible.

Si même elle n'eut pas de résultats pratiques bien évidents, je ne regrette pas cette expérience humaine, attachante toujours, émouvante souvent devant la sereine philosophie de ces déshérités.

La situation devait changer après 1946 avec l'utilisation des sulfones.

Dès 1950 (9) je décrivais les espoirs que cette nouvelle thérapeutique autorisait : possibilité de rendre peu ou pas contagieux les cas multibacillaires, diminution de la charge budgétaire en limitant l'isolement aux cas relativement peu nombreux qui l'exigent : 15 p. c. de cas L et un nombre difficile à préciser de mutilés. Depuis lors, des avis concordants se sont fait entendre et les léprologues congolais — Swerts à Pawa, Hemeryck à Tshumbe et d'autres — sont entrés résolument dans cette voie. Swerts, en 1953, a supprimé la plupart des villages anciens de la zone Croix Rouge pour, d'une part, concentrer et traiter tous les cas L à Pawa et traiter ambulatoirement les cas paucibacillaires. Il note cependant une difficulté : les Babali viennent peu volontiers en région Mabudu. Cette difficulté sera encore plus marquée dans les pays à endémicité faible où il faudra concentrer des sujets de territoires très éloignés.

---

(\*) Melsom (8) en Norvège trouve en 1950-1951 3 nouveaux cas dans une famille où la mère était morte en 1933. La maladie avait évolué dans les 3 cas pendant longtemps sous forme de névrite indigestionnée et précédée du reste d'une longue incubation.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler que depuis la Promine nous avons, dans le domaine pratique, beaucoup gagné : l'administration à grands intervalles de sulfone mère per os ou IM a facilité bien des choses.

\* \* \*

Que pouvons-nous attendre de cette nouvelle prophylaxie supposée menée avec vigueur?

a) Il n'est pas douteux qu'on pourra rendre abacillaire ou à peu près les cas ouverts. On peut donc espérer une action comparable à celle que nous avons obtenue pour la trypanosomose, le pian, la syphilis, toutes maladies à thérapeutique « blanchissante ».

b) Protégera-t-on complètement de tels sujets contre la névrite et les infirmités consécutives ? Je n'oserais pas l'affirmer, mais sans nul doute les lésions acrotériques resteront-elles plus limitées et ne reverrons-nous plus les tableaux classiques des lépreux amputés de tous leurs doigts ou orteils.

c) Il est plus difficile de savoir ce que donnera le traitement ambulatoire. Le noir congolais ne montre pas toujours une très grande persévérance à se soigner... pas plus du reste que bien des Européens.

Néanmoins l'expérience des traitements hebdomadaires pour pian, syphilis, trypanosomose doit rendre assez optimiste.

Il semble difficile de conseiller la remise aux intéressés de comprimés à prendre chez eux. Cette méthode m'a paru très acceptable pour les Européens, mais dans le milieu coutumier paraît prématurée.

On peut espérer ici encore l'arrêt de la maladie et la raréfaction des névrites.

\* \* \*

Ces possibilités nouvelles ne doivent pas nous faire oublier la nécessité de lutter contre les conditions mêmes qui facilitent la diffusion de l'endémie : ignorance, incurie hygiénique, malpropreté corporelle ou domiciliaire, etc...

Il y a là tout un programme d'éducation, de progrès économique et social, sur lequel le professeur S. Lapière a fort justement attiré l'attention (10).

Il n'est plus, à dire vrai, du ressort du médecin, mais plutôt de l'éducateur, administrateur, etc...

La lèpre a disparu — à peu près — de l'Europe; elle disparaîtra aussi de l'Afrique.

\* \* \*

Faute d'expérience, je ne crois pas devoir traiter ici de la vaccination par le B.C.G. Devant les faits cités ailleurs et compte tenu de l'inocuité du vaccin, on ne peut que souhaiter son emploi.

Je connais trop peu de choses du Bacille *marianum* pour faire plus que de le citer.

\* \* \*

Un point sûrement digne de discussion est celui de savoir ce qu'il faut faire des cas, assez nombreux j'en suis sûr, où un diagnostic de certitude n'a pas été atteint : présence de bacilles, anesthésie indubitable, névrite établie.

Je sais par expérience que dans la région de Pawa avec  $\pm 4\%$  de lépreux il y avait 1,5 à 2 % de cas très légers classés en recensement comme *suspects*. L'expérience montrait que ces manifestations étaient généralement peu progressives ou mêmes résolutive. L'aspect était ordinairement celui de macules tuberculoïdes mineures. J'ai consacré bien des heures à essayer d'établir un diagnostic de certitude chez ces patients et souvent sans résultat probant.

Il est manifestement nécessaire de fixer les devoirs du médecin dans cette circonstance.

Je pense que nous pouvons être assez hardi, car en définitive le traitement aux Sulfones n'est guère dangereux et d'autre part l'irrégularité et la longueur de l'évolution de la maladie de Hansen ne permet pas de dire avec autorité : ceci est un cas qui, laissé à lui-même, n'évoluera pas.

Le traitement permettra peut-être un diagnostic *ex juvantibus* et ne devra probablement pas être continué bien longtemps (2 ans ?).

Ce qu'il faut en tout cas éviter, c'est de faire des injections I.D. dans ces taches. M. Lechat (in litt.) a fait remarquer avec raison comment cela rendait l'observation ultérieure difficile. Je pense qu'il y a lieu de n'appliquer cette thérapeutique locale — si on la juge utile — qu'en cas de lèpre confirmée. Il faut aussi éviter les injections intradermiques en peau saine, de façon à respecter les glandes sudoripares du sujet, déjà bien menacées.

J'avoue ne plus utiliser le Chaulmoogra qu'en onction et parfois en injection *sous-cutanée* au niveau des lésions (Huile de Caloncoba, Moogrol).

\* \* \*

L'influence des nouvelles thérapeutiques s'étend aussi à notre façon de concevoir les décisions à prendre au sujet d'Européens infectés au Congo. Ces cas ne sont pas très fréquents, mais constituent chaque fois des problèmes administratifs plutôt que médicaux.

Il semble que la doctrine actuelle au Congo soit de rapatrier aussitôt que possible tout lépreux appartenant au personnel.

Cette conception paraît justifiée dans les cas sévères, multibacillaires où il y a vraisemblablement intérêt à mettre le patient dans les meilleures conditions possibles. Cependant j'ai vu des cas de ce genre guérir assez rapidement et on peut se demander si la même chose ne serait pas arrivée en Afrique. Il est manifeste que les médecins préconisent le rapatriement en ces cas beaucoup pour des motifs psychologiques. Ils redoutent en particulier les confidences de la table d'apéritif, les signes révélateurs à des yeux avertis, en particulier serviteurs et collaborateurs noirs, connaissant souvent bien la maladie. Si le sujet présente un certain degré de dépression psychique — occasionnelle ou constitutionnelle — le rapatriement sera encore plus nécessaire.

Bref, pour ces cas graves le rapatriement est probablement quasi toujours indiqué, bien que tout ne soit pas résolu à la guérison : assez souvent le sujet présente des taches résiduelles, des cicatrices de bulles, parfois quelques troubles névritiques qui rendent son emploi difficile en Europe et plus encore en Afrique pour les raisons morales susdites.

On pouvait parfois en caser l'un ou l'autre dans une léproserie, mais les possibilités sont limitées et si le sujet a des enfants, ce n'est pas une solution très heureuse.

Enfin, il faut noter le trouble parfois étendu de la sudation qui limite la possibilité d'adaptation à la chaleur des grands lépreux même guéris.

Le rapatriement n'est guère discutable non plus en cas de mutilations importantes transformant le sujet en infirme. A dire vrai, ces cas constituent des problèmes sociaux tout autant en Europe.

Pour les cas légers paucibacillaires enfin, je pense qu'il faut prendre l'avis du patient et, s'il le souhaite, le traiter sur place. Il faut alors attirer l'attention du malade sur la nécessité pour lui, de garder une discrétion complète. Faute de cela, le maintien du patient en service, même après guérison, sera bien difficile. Le moment n'est pas encore venu où le public a adopté vis-à-vis de la maladie de Hansen une attitude dépourvue de crainte excessive.

La discrétion seule permettra de traiter sur place le malade au même titre qu'un syphilitique.

Il ne fera pas l'objet d'un rapatriement médical et de ce fait ses intérêts sociaux et économiques seront ménagés, ainsi que ses intérêts sanitaires.

Quant à la question de prophylaxie, elle ne se pose guère en ces



cas. Au surplus, il me paraît sans signification d'écarter un lépreux d'un pays où on en dénombre quelque 150.000.

\* \* \*

Enfin un dernier point sur lequel nous sommes mal éclairés est celui de savoir à quel moment le traitement peut et doit être interrompu.

Tous sont d'accord pour continuer assez longuement après guérison clinique et bactériologique.

Par contre le problème n'est pas résolu pour ce qui concerne la névrite, dont le caractère actif ou résiduel, cicatriciel n'est pas aisé à préciser.

\* \* \*

C'est aux médecins de l'intérieur qu'il appartient d'entrer dans le détail de l'organisation antilépreuse et de la perfectionner selon l'expérience locale.

Il semble bien que le traitement des lépromateux exigera le maintien prolongé en léproserie. Ce n'est pas seulement une nécessité prophylactique, mais aussi indispensable pour une surveillance individuelle suffisante de ces patients (réaction, anémie, affection intercurrente).

Il faudra s'efforcer de compenser cet isolement par une élévation suffisante du bien-être. La difficulté principale sera celle que j'ai signalée ci-dessus : déplacement des malades hors de leur terroir.

Quant à l'organisation du traitement ambulatoire des cas paucibacillaires, elle exige un réseau assez serré de dispensaires et ne sera pas toujours facilement réglée. Cependant la possibilité de traitement à doses espacées facilitera le succès.

\* \* \*

Nous pouvons donc envisager avec espoir et confiance la moisson des prochaines années.

Lorsqu'il y a plus d'un demi-siècle le laboratoire de Léopoldville fut fondé, la maladie du sommeil représentait un problème redoutable et totalement obscur.

L'affection est actuellement réduite et acculée à ses derniers retranchements.

Il y a vingt ans, la lutte contre la lèpre nous apparaissait à son tour comme une question bien difficile à résoudre. Je suis convaincu que les quelques prochains lustres verront une disparition quasi

complète de la maladie de Hansen, sous la double influence d'une thérapeutique active et d'une élévation du bien-être et de l'hygiène.

*Résumé.* — Depuis l'introduction des sulfones, les léprologues congolais semblent d'accord pour limiter l'isolement aux cas multibacillaires, très contagieux et sujets à des réactions postthérapeutiques.

Les cas légers seront traités ambulatoirement.

On peut espérer l'extinction progressive de l'endémie par raréfaction des germes. Il faut associer aux mesures thérapeutiques les moyens propres à promouvoir l'hygiène générale et le bien-être.

#### BIBLIOGRAPHIE.

1. Dubois, A. — La Lèpre dans la région de Wamba-Pawa. Mém. Inst. Royal Colonial, 1932, 1, fasc. 2.
  2. Daniel. — Inspections médicales dans l'Ituri (Congo Belge). La Lèpre au Nepoko. — Bull. Soc. de Pathol. Exotique, 1919, 22, 7.
  3. Dubois, A. — La Lèpre au Congo Belge en 1938. Mém. Inst. Royal Colonial, 1940, 10, fasc. 2.
  4. Gillet, J. — La Lèpre au Congo Belge. Bull. Inst. Royal Colonial, 1954, 25, 1.
  5. Dubois, A. — Un essai de pathologie géographique de la lèpre au Congo. Bull. Ac. Médecine, 1943, 8, 78.
  6. Dubois, A. — Evolution clinique de la lèpre au Congo Belge. Bull. Acad. Royale de Médecine, 1946, 11, 11.
  7. Zanetti, V. — Lèpre et Prophylaxie au Congo Belge. Rec. de Trav. de Sciences Médicales au Congo Belge, 1945, 3.
  8. Melson, R. — Tre nye tilfelle a Lepra. Tidssk. f. Den norske loegeforening, 1952, 3.
  9. Dubois, A. — Sulfones et prophylaxie de la lèpre au Congo Belge. Bull. Inst. Royal Colonial Belge, 1950, 21, 1-205.
  10. Lapière, S. — Les maladies vénériennes et cutanées au Congo Belge. Bull. Acad. Royale de Médecine, 1952, 17, 4-169.
-