

Académie royale
des
Sciences coloniales
—
CLASSE DES SCIENCES NATURELLES
ET MÉDICALES

Mémoires in-8°. Nouvelle série.
Tome IV, fasc. 4.

Koninklijke Academie
voor
Koloniale Wetenschappen
—
KLASSE DER NATUUR- EN
GENEESKUNDIGE WETENSCHAPPEN

Verhandelingen in-8°. Nieuwe reeks.
Boek IV, aflev. 4.

La lutte contre la lèpre au Congo belge en 1955

PAR LE

Dr M. KIVITS

MÉDECIN ADJOINT À L'INSPECTEUR GÉNÉRAL DE L'HYGIÈNE
AU MINISTÈRE DES COLONIES
CONSEILLER DE LA FOPERDA ET DE LA SECTION PÈRE DAMIEN DU FOREAMI



Avenue Marnix, 30
BRUXELLES

Marnixlaan, 30
BRUSSEL

1956

PRIX : F 100
PRIJS :

La lutte contre la lèpre au Congo belge en 1955

PAR LE

D^r M. KIVITS

MÉDECIN ADJOINT À L'INSPECTEUR GÉNÉRAL DE L'HYGIÈNE

AU MINISTÈRE DES COLONIES

CONSEILLER DE LA FOPERDA ET DE LA SECTION PÈRE DAMIEN DU FOREAMI

Mémoire présenté à la séance du 26 mai 1956.
Rapporteurs : MM. A. DUBOIS et R. MOUCHET.

La lutte contre la lèpre au Congo belge en 1955

INTRODUCTION

L'Ordre Souverain et Militaire de Malte a organisé à Rome, du 16 au 18 avril 1956, un Congrès international pour la Défense et la Réhabilitation sociale du Lépreux.

Monsieur le Ministre des Colonies nous fit l'honneur de nous désigner pour représenter à cette réunion à la fois le Gouvernement et les deux institutions qui lui apportent leur concours pour promouvoir et coordonner la lutte antilépreuse, la Fondation Père DAMIEN pour la Lutte contre la Lèpre (FOPERDA) et le Fonds Reine ÉLISABETH pour l'Assistance médicale aux Indigènes du Congo belge (FOREAMI).

Nous avons eu, peu de temps auparavant, l'occasion d'effectuer au Congo belge, pour compte du FOREAMI, un voyage d'inspection des réalisations en faveur des lépreux. Ce concours de circonstances nous permit de présenter au Congrès de Rome une communication exposant le bilan récent de l'activité dans nos territoires d'Afrique et intitulée : *L'organisation de la lutte contre la lèpre au Congo belge et au Ruanda-Urundi*. Cette étude fait l'objet de la première partie de cette publication.

D'autre part, les organisateurs du Congrès de Rome avaient préparé un *questionnaire* qui fut diffusé auprès des dirigeants de nos principales léproseries et auquel 59 d'entre elles répondirent. Ces réponses furent transmises individuellement au Secrétariat du Congrès, mais il

nous parut intéressant d'en résumer et d'en synthétiser les données dans une réponse globale, qui constitue la deuxième partie de ce mémoire.

La troisième enfin comprend quelques notes au sujet des travaux du Congrès de Rome.

Nous tenons, en terminant ce préambule, à remercier toutes les personnes et institutions qui nous permirent d'effectuer cette étude et notamment :

Monsieur le Ministre des Colonies ;

L'Ordre Souverain et Militaire de Malte ;

Monsieur le Président du FOREAMI ;

Monsieur le Président de la FOPERDA ;

Le Gouverneur Général du Congo belge et ses services d'Afrique ;

Les Missions religieuses et la Croix-Rouge du Congo belge qui nous accueillirent dans leurs institutions ;

Nos confrères d'Afrique et leurs assistants européens et congolais qui se consacrent avec conscience et dévouement à l'œuvre charitable de traitement des lépreux et de la prophylaxie de la maladie de HANSEN.

CHAPITRE I

Organisation de la lutte contre la lèpre au Congo belge et au Ruanda-Urundi.

I. BREF HISTORIQUE.

L'existence de la lèpre au Congo belge fut reconnue dès les débuts de l'occupation médicale. Toutefois, l'allure chronique de l'affection, sa contagiosité relativement faible, l'absence autrefois d'un traitement vraiment efficace et surtout l'urgence d'autres problèmes nosologiques plus importants, tels que la trypanosomiase et le paludisme, eurent pour résultat de maintenir cette endémie, jusqu'à une période assez récente, en dehors de l'activité immédiate des services médicaux officiels.

Les pouvoirs publics s'étaient pourtant fait un devoir d'encourager et de soutenir certaines *initiatives privées* qui se préoccupaient du traitement médical et de l'amélioration du sort des lépreux, ainsi que de la protection de la population saine dans les régions où la maladie se présentait avec une particulière fréquence. C'est ainsi que la Croix-Rouge du Congo, installée dans la région du Nepoko (Uele) depuis 1926, se fixa comme objectif principal dans ce secteur la lutte contre l'endémie lépreuse. Elle organisa autour de son centre de Pawa des colonies de lépreux, sous la forme « villages agricoles d'isolement » et entreprit des recherches au sujet du traitement et de la prophylaxie de l'affection.

D'autres villages de lépreux furent créés à proximité de *missions religieuses*, dont le personnel missionnaire

et médical s'attacha à prodiguer ses soins et son assistance morale aux lépreux.

En 1936, le rapatriement solennel des cendres du Père DAMIEN DE VEUSTER ⁽¹⁾ fut à l'origine de la création en Belgique d'un organisme national, la Fondation Père DAMIEN pour la lutte contre la Lèpre (FOPERDA). Constituée en établissement d'utilité publique, cette institution s'est donné pour but de stimuler l'étude scientifique de la lèpre et d'encourager et de coordonner les efforts de tous ceux qui, en Belgique et au Congo, s'efforcent de combattre cette endémie et d'apporter un soulagement physique et moral à ses victimes. Elle se proposait notamment de promouvoir l'installation et le développement d'institutions s'occupant des lépreux.

La Fondation Père DAMIEN distribue chaque année, à diverses léproseries du Congo belge et du Ruanda-Urundi, des subventions provenant du revenu de son capital, des subsides des pouvoirs publics et des dons ou legs de personnes privées. Mais le mérite de la Fondation réside moins dans l'aide matérielle apportée aux léproseries que dans le mouvement psychologique d'intérêt qu'elle créa en Belgique et au Congo en faveur des lépreux.

Sous son impulsion, le problème de la lèpre fut examiné dans son ensemble. On étudia les moyens les plus appropriés pour combattre l'endémie lépreuse au Congo et des directives furent codifiées pour l'établissement de léproseries. De nouvelles institutions virent le jour, les anciennes se développèrent, des médecins et des infirmières religieuses et laïques s'engagèrent pour soigner les lépreux.

(1) Le Père DAMIEN DE VEUSTER est un missionnaire belge de la Congrégation des Pères des Sacrés-Cœurs, né à Tremelo (Brabant) en 1840 et décédé de la lèpre à Molokaï (îles Hawaï) en 1889. Il contracta la maladie de HANSEN au service des lépreux des îles Hawaï avec lesquels il s'isola volontairement pendant 15 années, dans l'île de Molokaï, où ils étaient sévèrement isolés et moralement abandonnés.

C'est également à la demande de la FOPERDA que le Professeur A. DUBOIS publia en 1938 un manuel intitulé *La lèpre*, qui exposait de façon concise et claire les données essentielles en matière de symptomatologie, de pathogénie et de traitement de la maladie de HANSEN. Cet ouvrage, dont une réédition mise à jour a paru en 1955, (1) fut un précieux instrument d'information du personnel médical chargé du traitement des lépreux et contribua pour une grande part à l'intérêt porté à ces malades.

En 1949, le Fonds du Bien-Être Indigène (2) apporta un nouvel élan à la lutte antilépreuse, en désignant la FOPERDA comme son conseiller et mandataire pour l'utilisation d'une somme de soixante-deux millions de francs que le Fonds entendait consacrer à la construction et l'équipement de base de léproseries. Un plan fut élaboré de commun accord entre la FOPERDA et le Fonds du Bien-Etre Indigène (F. B. E. I.) pour édifier, de manière définitive et complète, un certain nombre de centres d'isolement organisés, groupant de deux cent cinquante à mille cinq cents lépreux et dotés d'un personnel médical, social et administratif permanent. Pour éviter la dispersion des ressources, ces léproseries furent limitées au nombre de deux à trois par province et édifiées en partant des institutions des missions et des organismes philanthropiques qui déjà, grâce au dévouement de leur personnel, avaient fait la preuve de leur efficacité. Ce programme reçut l'approbation du Gouvernement.

Mais la gestion des importantes subventions du Fonds du Bien-Être Indigène posait à la FOPERDA un sérieux

(1) Cf. bibliographie p. 55, n° 3.

(2) Le Fonds du Bien-Etre Indigène (F. B. E. I.) est un organisme créé par le Gouvernement en 1947 et qui fut doté par la Belgique d'un capital de 2.100.000.000 de francs belges (soit 42.000.000 dollars). Il a comme objectif toutes réalisations destinées à concourir au développement matériel et moral de la société indigène coutumière du Congo belge et du Ruanda-Urundi. Les revenus du Fonds lui permettent d'affecter chaque année une somme de 320.000.000 francs, soit 6.400.000 dollars, à la réalisation de son objet social.

problèmes d'administration. Dépourvue de personnel exécutif en Afrique, il lui était difficile d'exercer l'examen des plans et le contrôle nécessaire de l'exécution.

Aussi, pour éviter d'avoir à créer elle-même des organes d'exécution en Afrique, résolue-elle de faire appel aux services du Fonds Reine Élisabeth pour l'Assistance médicale aux Indigènes du Congo belge (FOREAMI) ⁽¹⁾ qui, en raison de son expérience en matière d'assistance médicale en milieu rural, lui semblait l'organisme qualifié pour mener à bien l'exécution de ses projets de lutte contre la lèpre.

Par une Convention en date du 9 septembre 1953, la FOPERDA confiait au FOREAMI la mission de mettre à exécution en Afrique le programme de construction de léproseries élaboré par elle-même et le Fonds du Bien-Être Indigène.

L'aide du FOREAMI s'avérait d'autant plus nécessaire que les soixante-deux millions de francs offerts par le F. B. E. I. ne couvraient qu'une partie de l'équipement jugé indispensable de la Colonie en léproseries et que bientôt devraient s'y joindre les sommes plus considérables encore inscrites pour le même objet au Plan Décennal du Gouvernement pour le développement économique et social du Congo belge.

Le Gouvernement, en approuvant la Convention entre la FOPERDA et le FOREAMI chargea ce dernier organisme de mener à bien l'entière exécution de la lutte contre la lèpre dans toute l'étendue de nos territoires africains. Le FOREAMI créa dans ce but une section spéciale dénommée Section Père DAMIEN.

Dès la signature de la Convention, le Médecin-Direc-

⁽¹⁾ Le Fonds Reine Élisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes du Congo belge (FOREAMI) a été fondé en 1931, à l'initiative du Gouvernement. Ses statuts lui donnent pour mission d'entreprendre au Congo belge et au Ruanda-Urundi une action médicale intensive afin d'y combattre les endémies et les épidémies et d'y promouvoir les œuvres sociales au profit des populations indigènes.

teur du FOREAMI entreprit, dans les différentes provinces du Congo et dans le Ruanda-Urundi, une tournée de prospection pour procéder au dénombrement aussi complet que possible des lépreux connus, traités ou non, de dresser un inventaire des diverses formations s'occupant des lépreux et enfin, d'arrêter sur cette base un bilan complet des institutions à développer ou à créer pour vaincre, ou tout au moins réduire à un taux négligeable, l'endémie lépreuse.

II. ORGANISATION ADMINISTRATIVE.

Pour l'exécution de sa mission le FOREAMI a créé auprès du Gouvernement Général un Comité Central présidé par le Gouverneur Général du Congo belge et dont le rôle est d'examiner et de coordonner les programmes d'activité présentés par les différentes provinces et d'établir un projet de programme d'ensemble, comme aussi les prévisions budgétaires pour toute l'étendue du Congo belge et du Ruanda-Urundi.

Une fois le programme arrêté par le Conseil d'Administration du FOREAMI et approuvé par le Ministre des Colonies, le Comité Central est chargé d'en assurer l'exécution.

Dans chaque province est créé un Comité Provincial présidé par le Gouverneur de la Province et comprenant, entre autres personnalités, le médecin chef du Service Médical de la province et le léprologue provincial. Ce Comité est chargé d'établir un projet de programme pour la province en y incorporant aussi bien les prévisions budgétaires des services officiels que les subventions à accorder aux institutions privées. Il est chargé aussi de l'exécution du programme définitivement arrêté par le Conseil d'administration.

C'est en définitive le léprologue provincial qui est l'élément moteur de toute l'organisation. Son rôle est

de fournir, à tout le personnel participant à la lutte antilépreuse, les directives en matière de diagnostic, de traitement et de prophylaxie de la maladie de HANSEN, comme aussi de faire observer les mesures administratives indispensables. Le léprologue provincial propose au Comité Provincial toutes mesures de nature à améliorer l'efficacité de la campagne anti-hansénienne. Ses fonctions l'amènent à de très fréquents voyages d'inspection au cours desquels il contrôle les recensements médicaux, la classification des malades et l'observation des traitements. Il fait les démonstrations nécessaires au point de vue du diagnostic clinique et du contrôle bactériologique. Son activité a enfin pour but de stimuler l'intérêt de tout le personnel médical pour le traitement des Hanséniens. Il ne faut pas perdre de vue en effet, que parmi les très nombreuses formations qui soignent les lépreux, rares sont celles qui ont cette activité comme seul objet. Sans les visites et directives du léprologue, l'intérêt pour les lépreux du personnel desservant finirait par s'éteindre devant l'abondance et la diversité des tâches.

III. PRINCIPES ET MÉTHODES DE LUTTE CONTRE LA LÈPRE.

Les principes et méthodes d'action de la Section Père DAMIEN découlent d'une part de l'expérience déjà acquise en matière de lutte contre la lèpre par la FOPERDA et les institutions assistées par elle, notamment les formations de la Croix-Rouge du Congo et de missions religieuses, et, d'autre part, des modifications profondes que l'apparition des sulfones vint apporter dans la thérapeutique de la lèpre.

Ces principes peuvent s'énoncer comme suit :

1) *Dépistage des malades.*

Bien que les succès de la thérapeutique actuelle amènent un grand nombre de malades à se présenter spontanément dans les dispensaires ou dans les léproseries, le dépistage systématique par le recensement médical annuel est le meilleur moyen, dans l'état actuel d'éducation de la population congolaise, d'amener la grande majorité des malades à se faire traiter de façon précoce, ceci tant dans leur intérêt propre qu'en vue de diminuer la propagation de l'infection.

Tout malade découvert par l'examen clinique doit être soumis à un examen bactériologique, d'où découlera la forme de traitement à suivre.

2) *Traitement ambulatoire.*

Tous les malades estimés non contagieux doivent pouvoir trouver la possibilité de suivre un traitement régulier à proximité de leur résidence et avec un minimum de perturbation dans leurs occupations habituelles.

Il est donc souhaitable que tous les dispensaires, à quelque organisme qu'ils appartiennent, offrent aux lépreux des possibilités de traitement. Là où les dispensaires font défaut, on organisera des centres de traitement non permanents pour lépreux, qui fonctionneront à certains jours déterminés.

3) *Traitement en léproserie.*

a) La forme de léproserie qui convient le mieux à la situation sociale de la grande masse des lépreux du Congo belge est le village agricole d'isolement.

Ces léproseries se composent, d'une part, d'un village résidentiel pour les malades, entouré de terres de culture, et, d'autre part, d'installations médicales, administratives et sociales.

b) Seuls les malades atteints d'une forme bacillifère doivent, pour des raisons prophylactiques et thérapeutiques, être traités en léproserie.

Cet isolement sera limité au temps strictement nécessaire à les rendre non contagieux.

c) Les léproseries peuvent héberger également, pour des raisons humanitaires, les malades impotents, incapables de subvenir eux-mêmes à leurs besoins essentiels, s'ils ne peuvent trouver à domicile l'aide indispensable.

d) Il n'y a pas lieu de soigner en léproserie des malades valides et non contagieux, même si tel est leur désir.

e) Dans les léproseries, les malades doivent trouver non seulement le traitement médical spécifique, associé aux diverses thérapeutiques adjuvantes et à des mesures hygiéno-diététiques, mais aussi des services d'assistance sociale qui réduiront au minimum les inconvénients résultant, pour eux et pour leur famille, du séjour en léproserie. Des services de rééducation professionnelle prépareront les malades à la vie normale après leur sortie de la léproserie.

f) Les malades traités dans les léproseries doivent en principe pourvoir eux-mêmes à leurs besoins de base.

Les malades disposeront donc de terres arables pour établir des cultures vivrières ou auront la faculté d'exercer certaines activités lucratives. L'oisiveté mine le moral et aigrit le caractère. L'alimentation complète sera fournie aux nouveaux arrivés pendant la période d'installation et définitivement aux grands invalides. Une alimentation d'appoint, notamment en protéines, devrait être procurée à tous.

g) Des mesures seront prises pour protéger les enfants contre l'infection.

IV. L'ENDÉMIE LÉPREUSE AU CONGO BELGE ET AU RUANDA-URUNDI EN 1955 ET L'ORGANISATION DU TRAITEMENT.

Les progrès de la prospection, comme aussi l'organisation et les succès de la thérapeutique, amènent au traitement un nombre de malades sans cesse croissant. L'indigène congolais sait actuellement qu'un diagnostic de lèpre ne signifie plus pour lui la ségrégation à vie et une fin misérable, mais qu'il peut guérir de la lèpre grâce à un traitement, qui, dans la grande majorité des cas, peut être suivi sans avoir à quitter sa famille ni ses occupations.

Alors que le nombre de lépreux traités en 1949 était de 90.000, il atteint actuellement le chiffre de 215.000. Le nombre total estimé de lépreux au Congo belge est situé autour de 250.000, ce qui correspond à près de 2 % de la population congolaise. Ce chiffre peut paraître élevé, mais il y a lieu de se rendre compte que beaucoup d'entre ces malades sont des cas légers, non évolutifs.

La lèpre est inégalement répandue sur l'ensemble du territoire. La région la plus atteinte est celle qui correspond à la zone forestière basse et humide de la cuvette centrale congolaise, qui comprend la Province de l'Équateur dans sa totalité, la Province Orientale, à l'exception de trois territoires d'altitude de l'extrême est, ainsi que le nord des provinces de Léopoldville et du Kasai. Dans cette vaste région, qui comprend près de la moitié de la population congolaise, l'endémicité varie entre 4 et 5 %.

Les provinces jouissant d'un climat plus sec, en région de savane et surtout d'altitude, présentent des pourcentages moins élevés.

Le Ruanda-Urundi est relativement fort peu touché par la lèpre, puisqu'à peine 0,15% de la population en est atteint.

TABLEAU I. — Répartition de la lèpre au Congo belge et au Ruanda-Urundi en 1955.

Province	Population totale	Lépreux en traitement	Nombre total estimé des lépreux	Endémicité %	Léproseries	
					Nombre	Lépreux hébergés
Léopoldville	2.880.762	12.749	14.000	0,5 %	7	867
Équateur	1.690.992	60.726	80.000	5 %	19	5.842
P. Orientale	2.311.613	75.280	100.000	4,7 %	52	10.033
Kivu	1.948.089	24.815	28.000	1,3 %	17	7.585
Katanga	1.456.383	9.726	10.000	0,8 %	6	2.552
Kasai	2.029.486	31.898	32.000	1,5 %	10	3.629
Total Congo belge	12.317.325	215.194	264.000	2 %	111	30.508
Ruanda-Urundi	4.186.537	5.380	10.000	0,15 %	1	760

Si l'on compare ces chiffres à ceux qui reflètent la situation à la fin de l'année 1953, on constate que le nombre total de lépreux traités est passé de 188.420 à 215.194, soit en augmentation de 26.774, alors que le nombre de lépreux soignés en léproserie n'est plus que de 30.508 contre 34.774, ce qui représente une diminution de 4.266.

Ces modifications sont dues à l'extension du traitement ambulatoire. Celui-ci permet non seulement à un plus grand nombre de malades résidant dans les villages de se soumettre au traitement, mais fournit aussi la possibilité à un certain nombre de malades résidant dans les léproseries de quitter ces institutions pour poursuivre leur traitement dans les dispensaires proches de leurs villages.

La répartition des malades suivant la forme de l'affection nous montre que le nombre des malades atteints de formes multibacillaires (lépromateux et borderline) qui sont présumés être les seuls à présenter un réel danger d'essaimage de l'infection, ne représente heureusement pas plus de 10 % du total des lépreux congolais. Ces malades doivent être traités en léproserie.

Parmi les malades paucibacillaires (formes tuberculoïde et indéterminée), environ 10% sont de grands mutilés ou des ulcéreux graves dont l'invalidité justifie également l'accueil en léproserie.

Nos léproseries doivent donc donner asile à environ 20 % du total des lépreux.

Traitement.

Le *tableau I* ci-dessus montre que plus de 80 % du total des lépreux sont effectivement en traitement.

a) *Traitement ambulatoire.*

184.686 malades, soit 86 %, sont traités de façon ambulatoire, soit dans les formations médicales générales, polycliniques des centres urbains et dispensaires ruraux, soit dans des centres d'injection non permanents.

Ces centres non permanents sont créés dans les régions où l'éloignement des formations médicales fixes obligerait les malades à de longs déplacements pour suivre leur cure.

L'infirmier du dispensaire le plus proche se rend, à jour fixe, au centre d'injection. L'emploi généralisé de la diaminodiphényl sulfone (DDS) en suspension-retard, à raison d'une injection tous les 15 jours, rend ce traitement particulièrement aisé. Dans certaines régions, un camion dispensaire dessert les centres d'injections. Dans les centres de traitement, les malades sont examinés par un médecin au point de vue clinique et bactériologique au moins une fois par an.

Nous ne possédons pas de données précises pour toutes les provinces au sujet du nombre de centres de traitement ambulatoire pour lépreux. Nous nous bornerons à citer les chiffres de la Province Orientale et de la province de l'Équateur qui sont les plus touchées puisqu'elles comptent toutes deux 5 % de hanséniens.

En Province Orientale, sur un chiffre estimé de 100.000

lépreux, 75.280 malades sont en traitement, dont 10.033 en léproserie, et 65.247 dans 270 centres fixes et 212 centres d'injections non permanents.

Dans la province de l'Équateur, où le nombre des dispensaires est plus restreint, du fait qu'elle comprend de grandes étendues de forêt marécageuse où la population est très clairsemée, 5.842 malades sont en traitement dans 19 léproseries et 54.884 dans 201 centres de traitement.

C'est dire qu'en pratique, toutes les formations médicales s'occupent du traitement des lépreux et que l'organisation des traitements ambulatoires a suscité l'intérêt de tout le personnel médical, tant du cadre gouvernemental que du secteur privé, en faveur de la lutte antilépreuse.

b) *Traitement en léproserie.*

Les léproseries hébergent à l'heure actuelle 30.508 malades, soit 14 % des lépreux traités. Il y a cependant lieu de poursuivre l'effort déjà entrepris en vue d'une meilleure sélection des malades à traiter en léproserie : certaines léproseries sont encore occupées partiellement par des malades tuberculoïdes suffisamment valides pour suivre un traitement ambulatoire, et, d'autre part, un certain nombre de malades multibacillaires encore non traités ou suivant un traitement ambulatoire seraient avantageusement recueillis dans les léproseries.

Les léproseries en activité sont de deux ordres :

Centre d'Isolement Organisés (C. I. O.) et
Centres Régionaux de Traitement (C. R. T.)

1) *Centres d'Isolement Organisés ou C. I. O.*

Ces léproseries groupent au minimum 300 malades (certaines en hébergent jusqu'à 3.000). Elles sont dirigées par un médecin résidant, assisté de personnel médical et social, européen et congolais.

Ces C. I. O. se composent en principe :

1° D'un centre médical comprenant : dispensaire, laboratoire, salle d'opération, radiographie et salles d'hospitalisation pour malades alités ;

2° D'installations à destination sociale : édifice du culte, école, ateliers d'apprentissage, ouvroir, pouponnière pour enfants sains ;

3° De bâtiments pour services généraux : cuisine, buanderie, garage, magasins ;

4° D'un village résidentiel pour les malades comprenant des maisonnettes de type coutumier amélioré et de terrains de culture dont l'étendue varie avec l'importance de la population ;

5° D'un quartier résidentiel pour le personnel sain.

Ces C. I. O. sont au nombre de 2 à 5 par province, suivant l'importance de l'endémie lépreuse.

Sont actuellement en activité les C. I. O. suivants :

TABLEAU II. — *Centres d'Isolement Organisés.*

Province	Localité	Desserte par :	Nombre de malades
Léopoldville	Kangu	Mission catholique	302
	Mosango	FOREAMI	143
Équateur	Yonda	Mission catholique	1.057
	Baringa	Mission protestante	578
	Yamboyo	Gouvernement	715
	Wafanya	Mission catholique	521
Province Orientale	Pawa	Croix-Rouge du Congo	1.720
	Yalisombo	Mission protestante	648
Kivu	Oicha	Mission protestante	3.167
	Kama-Makosi	Gouvernement	1.472
Katanga	Kayeye	Mission catholique	156
	Kapanga	Mission protestante	626
Kasai	Tshumbe-St ^e -Marie	Mission catholique	1.092
	Tshimuanza	Mission catholique	772
Urundi	Nyakanda	Mission protestante	760
	15		13.729

Le rôle des C. I. O. n'est pas seulement d'assurer le traitement des malades, mais aussi de poursuivre des recherches scientifiques en matière d'infection hansénienne, ainsi que de fournir des directives quant à l'organisation générale de la lutte antilépreuse.

D'intéressants travaux ont déjà été réalisés à ce point de vue, principalement à Pawa, Tshumbe-Sainte-Marie, Yalisombo et Yonda.

2) *Centres Régionaux de Traitement. (C. R. T.)*

À côté des C. I. O., qui constituent en quelque sorte les centres pilotes de la lutte antilépreuse, un certain nombre de léproseries plus petites et ne disposant pas toujours de personnel dirigeant permanent ont néanmoins un rôle fort important à jouer dans l'organisation générale de traitement des hanséniens.

Ces léproseries sont dénommées Centres Régionaux de Traitement (C. R. T.) et ont été créées à l'initiative des missions religieuses, du Gouvernement, ou des autorités indigènes.

Leurs installations se limitent généralement à un village agricole disposant d'un dispensaire-laboratoire et souvent de locaux d'hospitalisation.

Pour l'ensemble du Congo, 97 de ces C. R. T. donnent asile et traitement à 17.433 malades.

Y sont traités surtout les invalides et ulcéreux, mais aussi les malades qui, soumis au traitement ambulatoire, n'y répondent pas favorablement ou présentent des complications et doivent être placés sous surveillance médicale plus étroite ou subir des médications particulières. Les C. R. T. traitent également des malades bacillifères, bien que ceux-ci soient de préférence adressés aux C. I. O. où ils bénéficient de soins plus suivis et d'un meilleur isolement.

Le traitement habituellement administré dans les léproseries est la D. D. S. *per os*, en administration quotidienne, tous les 2 jours ou deux fois par semaine. Les comprimés sont toujours distribués et absorbés sous contrôle : cette façon de faire permet de suivre les malades de très près et de surveiller aussi bien l'absorption des comprimés que la tolérance au traitement ou les réactions éventuelles.

D'autres médications sont cependant utilisées ou expérimentées : sulphétrone, thiosemicarbazone, isoniazide, etc., de même que certains traitements des complications : réactions lépreuses, ulcères, etc.

V. PROGRAMME.

Le programme de la Section Père Damien du FOREAMI prévoit le développement suivant :

1) *En matière de dépistage :*

La généralisation du recensement médical annuel dans les régions hautement endémiques.

L'extension du recensement dépend des disponibilités en personnel médical et notamment en agents sanitaires. On compte qu'un agent sanitaire peut en moyenne examiner 50.000 personnes par an en région rurale. Cette méthode assure un dépistage exhaustif et précoce des malades et a fait la preuve de son efficacité par le succès obtenu dans la lutte contre la maladie du sommeil.

Il va de soi que le dépistage systématique doit être suivi d'une classification exacte des malades dépistés et de leur mise en traitement immédiate, ambulatoire ou en léproserie, selon le cas.

2) *En matière de traitement ambulatoire :*

L'extension des possibilités de traitement à tous les malades paucibacillaires découverts.

Si des dispensaires ne peuvent immédiatement être édifiés partout, les centres d'injection non permanents seront multipliés. Le personnel infirmier disposera à cet effet de moyens de transport (bicyclettes).

3) *En matière de construction et d'équipement de léproseries.*

a) L'achèvement de la construction et de l'équipement des C. I. O. existants (voir *tableau II*).

b) La construction d'un certain nombre de C. I. O. ou C. R. T. nouveaux en des régions non encore suffisamment équipées en léproseries notamment ;

En Province de Léopoldville :

Trois C. R. T. dans le district du lac Léopold II, région géographique proche de la Province de l'Équateur et où l'endémie revêt une importance voisine de ce qu'elle est dans cette dernière province ;

En Province de l'Équateur :

Un C. I. O. à Businga, dans le district de l'Ubangi ;

En Province Orientale :

Un C. I. O. nouveau dans le district du Bas-Uele (Buta) ;

Un C. I. O. nouveau à proximité de Stanleyville, destiné à remplacer le C. I. O. de Yalisombo, dont l'extension est limitée, faute de terres arables disponibles ;

Huit C. R. T. nouveaux pour 250 à 500 malades, dans le nord des districts du Haut et du Bas-Uele, le long de la frontière nord du Congo belge.

VI. LES MOYENS FINANCIERS.

1) *Les investissements.*

En dehors des sommes considérables apportées par les missions religieuses et les organismes philanthropiques qui ont, de leur propre initiative, créé des institutions pour le traitement des lépreux, les ressources des pouvoirs publics destinés à la construction ou à l'équipement des léproseries sont de deux origines :

a) D'une part, le Fonds du Bien-Être Indigène, qui a consenti de 1949 à 1955 un subside global de 62.000.000 F belges accordés à la FOPERDA pour l'édification de léproseries, et dont 55.162.000 F sont déjà distribués à l'heure actuelle ;

b) D'autre part, le Budget Extraordinaire du Gouvernement du Congo belge.

Le plan décennal pour le développement économique et social du Congo belge a prévu qu'une somme de 240.000.000 F serait nécessaire pour compléter l'équipement antilépreux déjà bien amorcé par l'initiative de la FOPERDA et du F. B. I.

De ce programme, l'engagement d'une somme de 140.000.000 F est prévue pour les années 1955 à 1959 ; le surplus, soit 100.000.000 F, devra faire l'objet de nouvelles inscriptions à partir de l'année 1960.

Les léproseries bénéficiaires de ces crédits sont les suivantes :

TABLEAU III. — *Programme de développement de léproseries.*

Léproseries	Gérées par	Nombre de malades		Crédits accordés déjà par F. B. E. I. — FOPERDA en F	Crédits prévus au Plan décennal gouvernemental en F
		Hébergés en 1955	A prévoir		
<i>Pr. Léopoldville</i>					
Kangu	M. cath.	302	350		8.170.000
Mosango	FOREAMI	143	300	17.396.642	
Pendjwa	Gouvernement	à créer	800		17.425.000
<i>Pr. Équateur.</i>					
Yonda	M. cath.	1.057	1.500	2.895.200	
Baringa	M. prot.	578	800	4.602.000	
Wafanya	M. cath.	521	800	2.310.530	
Djolu	Gouv.	715	800	1.595.300	
Businga	Gouv.	à créer	1.500		24.000.000
<i>Pr. Orientale</i>					
Yalisombo	M. prot.	648	1.500	287.000	24.000.000
Bawa	C.R. Congo	1.720	2.000	7.425.048	
Putu	Gouv.	à créer	1.500		24.000.000
8 centres régionaux (Uele)	Gouv.	à créer	2.500		24.000.000
<i>Pr. Kivu.</i>					
Oicha	M. prot.	3.167	3.000	337.805	
Kama-Makosi	Gouv.	1.472	1.500		15.000.000
Maniema (emplacement à déterminer)	Gouv.	à créer	1.500		24.000.000
<i>Pr. Katanga</i>					
Kapanga	M. prot.	626	500		17.425.000
Kayeye	M. cath.	156	500	1.524.500	16.000.000
<i>Pr. Kasai</i>					
Tshumbé-S ^{te} -Marie	M. cath.	1.092	1.500	4.975.600	19.000.000
Tshimuanza	M. cath.	772	1.000		15.500.000
<i>Ruanda-Urundi</i>					
Nyankanda	M. prot.	760	800	4.635.164	13.200.000
				48.881.889	241.720.000

2) *Les frais de fonctionnement.*

Les léproseries dépendant directement du Gouvernement sont entièrement à charge du Budget ordinaire du Congo belge pour tous les frais récurrents de fonctionnement : personnel européen et congolais, médicaments, matériel scientifique et non scientifique, entretien des bâtiments.

Les léproseries des missions religieuses et des organismes philanthropiques (Croix-Rouge du Congo) sont agréées par le Gouvernement et subsidiées par celui-ci dans des proportions qui peuvent couvrir une grande part de leurs frais de fonctionnement.

L'entretien des malades, pour la part qui n'est pas assurée par le travail des lépreux eux-mêmes, est en principe à charge des Caisses administratives des circonscriptions indigènes qui assistent les malades indigents originaires de leur circonscription. Si ces caisses sont déficitaires, le Gouvernement supplée à leur manque de ressources.

CHAPITRE II

Réponses des léproseries du Congo belge et du Ruanda-Urundi au questionnaire transmis par l'Ordre Souverain et Militaire de Malte à l'Organisation du Congrès International pour la Défense et la Réhabilitation sociale du Lézéux.

(Rome, du 16 au 18 avril 1956).

La présente note résume les réponses envoyées par 58 léproseries du Congo belge et une léproserie du Ruanda-Urundi, traitant, au total, 20.312 malades résidants et 30.257 malades en traitement ambulatoire.

1. — DEPUIS COMBIEN D'ANNÉES SOIGNEZ-VOUS LES MALADES D'HANSEN ?

Les premières expériences en matière de traitement organisé de lépreux datent de 1925 (Croix-Rouge du Congo à Pawa et diverses missions religieuses).

2. — COMBIEN EN SOIGNEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?

Le total des lépreux soignés dans l'ensemble du Congo est de 215.194 (soit environ 2 % de la population) dont 30.508 en léproserie.

Au Ruanda-Urundi, il y a 5.380 lépreux en traitement, dont 760 en léproserie. L'endémicité n'est que de 0,15 %.

Les 59 léproseries ayant répondu au questionnaire

soignent au total 20.312 malades dans des Centres d'isolement organisés, et 30.257 en traitement ambulatoire.

3. — COMMENT FAITES-VOUS LE DIAGNOSTIC ?

Dans la moitié environ du Congo, les recensements médicaux soumettent annuellement la totalité de la population à un examen clinique destiné à dépister les principales maladies endémiques.

Les malades lépreux ou suspects ainsi découverts subissent ensuite un examen bactérioscopique qui permet leur classification et indique le mode de traitement auxquels il doivent être soumis (en léproserie ou ambulatoirement).

Les recensements médicaux ont été instaurés à l'origine pour le dépistage de la maladie du sommeil. Ils sont donc organisés dans les régions autrefois touchées par la trypanosomiase.

Toutefois, l'endémie trypanique et l'endémie lépreuse ne coïncident pas toujours ; il y a donc des régions où la lèpre existe et où ces recensements ne sont pas organisés régulièrement.

Dans ces régions, le dépistage des malades se fait à l'occasion des consultations dans les hôpitaux et dispensaires.

Le succès des traitements actuels de la lèpre amène un nombre de plus en plus grand de lépreux à venir se faire traiter spontanément.

Tous les lépreux en traitement subissent au minimum une fois par an un examen clinique et bactérioscopique de contrôle.

4. — AVEZ-VOUS UNE INFIRMERIE ?

Toutes les léproseries disposent d'au moins un dispensaire pour le traitement des malades. La plupart d'entre

elles possèdent aussi, outre les maisons d'habitation pour lépreux, un local (infirmierie) pour l'hospitalisation des cas graves ou atteints d'affection intercurrentes.

5. — QUELS REMÈDES EMPLOYEZ-VOUS ?

Les traitements aux sulfones sont actuellement généralisés dans l'ensemble du Congo, tant dans les léproseries qu'en traitement ambulatoire.

Une seule léproserie où l'on cultive le *caloncoba* utilise encore cette huile associée aux sulfones.

L'huile de chaulmoogra est encore utilisée de temps à autre comme traitement adjuvant ou dans certains cas de résistance aux sulfones.

La sulfone la plus utilisée est la diamino-diphényl-sulfone (DDS) en raison de sa maniabilité, de son faible prix de revient et de son efficacité pratiquement égale à celle des sulfones mono- ou disubstitués.

En léproserie, on utilise généralement le DDS en comprimés administrés *per os*, soit quotidiennement, soit encore tous les deux jours ou deux fois par semaine ; la dose moyenne est de 800 à 900 milligrammes par semaine, quelquefois jusque 1200 mg. Cette manière de faire permet un contrôle régulier des malades, tant du point de vue médical (absorption du produit, contrôle des réactions) que du point de vue de la discipline générale.

En traitement ambulatoire, on utilise généralement la DDS à 25 % en suspension dans le chaulmoograte d'éthyle à raison de 1,25 g tous les quinze jours et quelquefois toutes les semaines. Certaines léproseries utilisent également les injections de sulfétrone en solution à 50 %.

Les léproseries disposant d'un médecin résidant utilisent également d'autres produits à titre expérimental, notamment la D. D. S. en suspension dans divers véhi-

cules : eau gélosée, huile d'arachide, etc., de même que l'isoniaside et le thiosemicarbazone.

Les réactions lépreuses sont traitées de diverses manières sans que l'unanimité se soit arrêtée sur un produit efficace dans tous les cas : on utilise les antihistaminiques, le calcium intra-veineux, les antimoniaux, la pénicilline, le largactil, la vitamine K., la cortisone et l'A. C. T. H.

Comme traitement symptomatique, la butazolidine ou l'irgapyrine pour les névrites.

6. — DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ?

Les premiers produits sulfonés ont été employés au Congo belge dès 1947-1948 (sulfétrone-diazone).

La DDS est d'un usage généralisé en comprimés depuis 1951 et en suspension pour les traitements ambulatoires depuis 1952-1953.

7. — QUELS RÉSULTATS AVEZ-VOUS OBTENUS ?

Les médecins chargés du traitement des lépreux s'accordent à reconnaître les bons résultats des traitements sulfonés.

Chez les tuberculoïdes traités au début, la guérison apparente est obtenue rapidement.

Dans les cas moyennement avancés, on assiste à une régression satisfaisante des lésions cutanées, tandis que les lésions nerveuses paraissent moins bien influencées. Leur évolution s'arrête dans la plupart des cas, mais continue quelquefois malgré le traitement.

Les cas lépromateux répondent rapidement au traitement du point de vue clinique (affaissement des lèpromes, cicatrisation des ulcérations muqueuses), mais beaucoup plus lentement du point de vue bactériologique ⁽¹⁾.

(1) Voir à ce sujet : SWERTS, Considérations sur le traitement sulfone de la lèpre (*Annales de la Société belge de Médecine tropicale*, t. 35, 1956, 6, 785).

8. — SI VOUS AVEZ DES HANSÉNIENS GUÉRIS,
QUEL EN EST LE POURCENTAGE ?

Il y a lieu de s'entendre sur ce qu'on appelle « guérison » en matière de lèpre.

Des instructions ont été données au Congo par la Direction du Fonds Reine Élisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes du Congo Belge (FOREAMI), Section Père DAMIEN, pour considérer conventionnellement comme guéris :

a) Les malades atteints de forme tuberculoïde, qui, ayant suivi un traitement régulier pendant au moins deux ans, montrent la disparition complète des lésions cutanées et l'arrêt des troubles nerveux, et dont les signes de guérison apparente se sont maintenus au moins pendant un an après la cessation du traitement.

b) Les malades lépromateux qui après avoir été négativés bactériologiquement ont suivi un traitement pendant deux ans encore et dont la négativation s'est maintenue un an au moins après la cessation du traitement.

Nous ne possédons pas encore de statistiques au sujet du nombre de guérisons obtenues par les traitements sulfonés, les critères ci-dessus ayant été adoptés assez récemment.

En pratique, les léproseries font sortir chaque année, pour être mis en traitement ambulatoire ou en surveillance sans traitement, environ 10 % de leurs malades.

9. — AVEZ-VOUS PARMİ VOUS UN MÉDECIN OU
AVEZ-VOUS PÉRIODIQUEMENT UN CONTRÔLE MÉDICAL ?

20 léproseries sur les 60 ayant répondu au questionnaire disposent d'un médecin résidant.

Toutes les autres léproseries du Congo belge sont placées sous la surveillance d'un médecin qui les visite à intervalles réguliers variant, selon les cas, d'une semaine à six mois.

En pratique, presque toutes les léproseries disposent de personnel infirmier permanent.

10. — DANS LE CENTRE DE TRAITEMENT, LES HANSÉNIENS SONT-ILS SEULS OU AVEC LEUR FAMILLE ?

La règle générale est que l'on admet l'hospitalisation à la léproserie d'une personne saine accompagnant le malade.

Lorsqu'il s'agit de personnes mariées, on s'efforce que le conjoint sain veuille accompagner le malade.

Les hommes lépreux se font assez facilement accompagner de leur femme, mais il est rare de voir qu'un homme sain veuille résider à la léproserie avec sa femme malade.

Autant que faire se peut, on tâche d'éviter que les enfants sains ne viennent s'installer à la léproserie avec leurs parents.

11. — Y A-T-IL DES MARIAGES ENTRE HANSÉNIENS ET PERSONNES SAINES ?

Nous croyons qu'il est assez rare que des mariages réguliers se concluent entre hanséniens ou entre hanséniens et personnes saines dans les léproseries. Mais les lépreux isolés seuls, tant hommes que femmes, se mettent fréquemment en concubinage pour le temps de séjour à la léproserie.

12. — QUELS RÉSULTATS AVEZ-VOUS CONSTATÉS AU POINT DE VUE MÉDICAL ?

Les infections conjugales semblent rares.

13. — SI DES ENFANTS NAISSENT PENDANT LE TRAITEMENT DES PARENTS, LES LAISSEZ-VOUS VIVRE AVEC LES PARENTS ?

A notre connaissance, deux léproseries au Congo ont organisé la séparation des enfants, dès leur naissance, d'avec leur mère malade.

A Pawa (Croix-Rouge du Congo), les nouveau-nés sont immédiatement écartés de leur mère et soignés à la pouponnière qui fait partie des installations de la léproserie, mais qui est située quelque peu à l'écart de celle-ci.

Les enfants sont élevés à l'allaitement artificiel. Cette pratique demande des soins méticuleux et un personnel qualifié fort nombreux. Elle est de ce fait assez coûteuse et malgré ces précautions, la mortalité parmi ces jeunes enfants est encore assez élevée et tend à annihiler tout le bénéfice de leur soustraction à l'infection hansénienne.

A la léproserie de Wafania (Mission catholique de la Province de l'Équateur), les enfants sont séparés de leur mère, le 10^e jour après la naissance, et mis en pouponnière. Les mères continuent toutefois à venir les allaiter moyennant certaines précautions d'hygiène et de propreté.

Lorsque les enfants ont atteint l'âge du sevrage, et qu'ils peuvent sans danger pour leur existence être soumis à l'alimentation de l'adulte, on tâche de les écarter de la léproserie et de les confier soit à la famille restée au village, soit dans des institutions pour orphelins.

Malgré tout, un certain nombre d'enfants sains continuent à résider dans les léproseries.

Quelques léproseries, dans le but de les protéger dans une certaine mesure des risques d'infection, ont organisé des écoles pour enfants sains. Nous ne croyons pas que ce

soit une bonne solution, car cette organisation même incite les parents à retenir les enfants à la léproserie. Ces enfants devraient de préférence être envoyés dans les écoles ordinaires, en régime d'internat.

Certaines léproseries songent à édifier des dortoirs pour réaliser au moins l'isolement nocturne des enfants sains, dans la présomption que c'est le contact intime et prolongé de la nuit avec les parents lépreux qui est la principale source de contamination.

14. — QUELS MOYENS EMPLOYEZ-VOUS POUR ESSAYER DE LES PROTÉGER CONTRE LA MALADIE ?

Ces moyens ont été cités à la question précédente ; nous les résumons ici :

1° L'éloignement en principe des enfants à partir de l'âge du sevrage ;

2° Pour les nourrissons, organisation de pouponnières à proximité de la léproserie où les enfants sont soumis, soit à l'allaitement artificiel complet, soit à l'allaitement maternel surveillé ;

3° Séparation nocturne des enfants en dortoirs spéciaux ;

4° Certains léprologues préconisent le traitement préventif des enfants soumis à des risques d'infection ;

5° La vaccination au B. C. G. est envisagée. Certaines léproseries utilisent le vaccin préparé avec le *Mycobacterium marianum*.

15. — PENDANT LEUR SÉJOUR, LES MALADES TRAVAILLENT-ILS ?

LEUR APPRENEZ-VOUS UN MÉTIER ?

Tous les malades valides et même semi-valides travaillent pour assurer leur existence. Il n'y a en effet que

les nouveaux arrivés et les grands invalides qui soient nourris complètement par les léproseries.

Ces travaux sont soit des travaux agricoles pour leur compte personnel, soit des travaux de construction et d'entretien à la léproserie.

On s'efforce de n'utiliser dans les léproseries que de la main-d'œuvre lépreuse, y compris pour les besognes d'infirmier, d'instituteur, de moniteur agricole, de monitrice sociale, etc.

Certaines léproseries disposent d'ateliers d'apprentissage pour lépreux : Yonda (Mission catholique) ; Baringa (Mission protestante), Tshumbe-Sainte-Marie (Mission catholique).

16. — S'ILS TRAVAILLENT, SONT-ILS RÉMUNÉRÉS ?

A part certains travaux communautaires pour l'entretien général du poste auxquels chacun doit contribuer en contre-partie des soins reçus à la léproserie, les travailleurs employés à la léproserie sont rémunérés au salaire légal.

Outre les tâches citées plus haut, ils exercent les métiers de bûcheron, charpentier, briquetier, maçon et aide-maçon, forgeron, mécanicien, chauffeur, jardinier, vannier, potier, tailleur, cordonnier.

17. — S'ILS SONT ISOLÉS, VOUS OCCUPEZ-VOUS DE LEUR FAMILLE ?

Dans les conditions sociales actuelles des Congolais, cette question ne revêt pas une importance primordiale.

Les familles des malades isolés (femmes et enfants) résident ou bien à la léproserie, ou bien au village d'origine où elles continuent leur vie coutumière, basée avant tout sur l'agriculture. Elles sont aidées par le clan.

18. — REÇOIVENT-ELLES DES SECOURS DE L'ÉTAT OU
D'ASSOCIATIONS DE CHARITÉ ?

Les familles des lépreux restés au village d'origine ne reçoivent aucune intervention de l'État ou d'associations de charité pour la raison citée à la question ci-dessus.

19. — QUE PENSEZ-VOUS QU'IL CONVIENDRAIT DE
FAIRE A CE SUJET ?

Nous estimons qu'au Congo belge, rares sont actuellement les cas où une aide devrait être apportée à la familles des lépreux restés au village d'origine. Il y aurait cependant lieu d'étudier la question pour les malades de centres urbains dont la famille n'est plus soutenue par le clan.

20. — COMMENT SE COMPORTENT CES MALADES
DU POINT DE VUE SOCIAL ?
SONT-ILS DISCIPLINÉS, OBSERVENT-ILS LES RÈGLEMENTS ?
AVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS POUR MAINTENIR
LA SÉPARATION DES SEXES ?

Un grand nombre de médecins s'accordent à dire que les lépreux sont des malades particulièrement difficiles, revendicatifs et indisciplinés.

Il faut cependant reconnaître que cette opinion émane surtout de médecins qui ont affaire à des malades résidant dans les léproseries qui ne bénéficient pas de la présence de personnel médical et social permanent.

Il est notoire que là où l'on s'occupe activement non seulement de soigner les lépreux, mais aussi de leur donner des occupations rémunératrices et d'améliorer par différentes petites mesures sociales leurs conditions

d'existence, ils sont fort dociles et se soumettent volontiers aux prescriptions d'ordre de la léproserie.

Les bons résultats du traitement aux sulfones et la libération chaque année, d'un certain pourcentage de malades guéris ou blanchis, a grandement amélioré l'esprit dans les léproseries. Le fait de savoir qu'ils pourront sortir de la léproserie après quelque temps de traitement incite les malades à observer le traitement et les prescriptions d'ordre avec docilité.

Quant à la séparation des sexes, il est difficile de l'obtenir, les malades vivant en léproserie dans des conditions semblables à celles des villages coutumiers.

21. — LORSQUE LE MALADE EST GUÉRI,
QUITTE-T-IL LE CENTRE DE TRAITEMENT ?

Oui. On a cependant quelques difficultés à faire sortir des malades hébergés depuis très longtemps dans les léproseries et qui s'y sont assurés des moyens d'existence certains, alors qu'ils ont perdu toute attache avec leur milieu d'origine.

22. — RETROUVE-T-IL SANS DIFFICULTÉ SA PLACE DANS
SA FAMILLE, DANS SON VILLAGE OU SA VILLE ?

Le lépreux guéri ou amélioré est accueilli sans difficulté dans son milieu coutumier. Il n'y a dans le milieu rural congolais aucune prévention contre les malades atteints de lèpre pour autant que la maladie ne soit pas trop avancée.

23. — COMBIEN ESTIMEZ-VOUS QU'IL Y AIT
D'HANSÉNIENS DANS VOTRE RÉGION ?

La présente note concerne l'ensemble du Congo belge et du Ruanda-Urundi (voir réponse à la question n° 2).

24. — COMMENT PENSEZ-VOUS QUE L'ON PUISSE
ATTEINDRE CEUX QUI NE SONT PAS SOIGNÉS ?
ÊTES-VOUS PARTISAN, PAR EX., DE L'EXEMPTION
D'IMPÔT POUR CEUX QUI SE PRÉSENTENT
SPONTANÉMENT ? AVEZ-VOUS D'AUTRES
SUGGESTIONS A FAIRE A CE SUJET ?

Nous estimons que dans les conditions sociales actuelles du Congo belge, la meilleure méthode de dépistage est le recensement médical annuel.

Les Congolais sont accoutumés à ces examens et s'y soumettent sans difficulté, ayant compris que ceux-ci se font dans leur intérêt.

A défaut de recensement général de la population, il y a lieu d'étendre au maximum les possibilités de traitement ambulatoire afin que tous les lépreux puissent s'y soumettre sans avoir à effectuer de trop grands déplacements (maximum 20 km) et sans se soustraire, pour de trop longues périodes, à leurs occupations habituelles.

Ce traitement ambulatoire peut se réaliser dans toutes les formations médicales fixes et dans des centres de traitement non permanents où des infirmiers viennent à jour fixe administrer la thérapeutique.

La question de l'exemption de l'impôt est controversée. Certains médecins en sont partisans, d'autres estiment qu'il n'y a pas lieu d'exempter de l'impôt des lépreux valides. Cette exemption leur donne en effet le sentiment qu'ils sont des malades gravement atteints et qu'ils ont droit à des égards particuliers de la part de la société.

Les malades isolés en léproserie sont toujours exemptés de l'impôt.

Quant aux malades en traitement ambulatoire, ils sont généralement exemptés à la fin de l'année en cours lorsqu'ils ont suivi régulièrement leur traitement.

25. — EXISTE-T-IL DES LOIS OU COUTUMES LOCALES
QUI PROTÈGENT LES HANSÉNIENS OU AU CONTRAIRE,
QUI AJOUTENT A LEURS SOUFFRANCES ?

La lèpre est généralement considérée par les Congolais comme une maladie banale. Seuls les grands mutilés et les lépromateux fortement atteints sont relativement abandonnés par leurs proches.

26. — PAR QUELS MOYENS ASSUREZ-VOUS
L'EXISTENCE DE VOTRE ŒUVRE D'ASSISTANCE ?
LEGS, DONN, COLLECTES ?

Les institutions appartenant au Gouvernement sont évidemment à charge du Gouvernement, tant pour les constructions que pour le fonctionnement.

Les léproseries appartenant à des institutions privées sont subsidiées pour les constructions, soit par le Gouvernement, soit par le Fonds du Bien-Être Indigène, soit encore en partie par les Caisses administratives de Circonscriptions indigènes.

En ce qui concerne les frais de fonctionnement, les institutions privées sont agréées par le Gouvernement et reçoivent de celui-ci :

- a) La totalité des médicaments spécifiques ;
- b) Un crédit pour achat de médicaments généraux ;
- c) La subsidiation pour les rémunérations du personnel médical européen et congolais.

Quant à l'entretien et la nourriture des malades, ils sont, aussi bien dans les institutions du Gouvernement que dans les institutions privées, à charge des malades eux-mêmes pour autant qu'ils soient valides.

Les invalides sont nourris grâce à l'intervention des Caisses administratives de Circonscriptions indigènes

qui, en cas de défaillance, peuvent être subsidiées par le Gouvernement.

27. — AVEZ-VOUS EU DES CAS OÙ DES MÉDECINS OU
INFIRMIERS ONT CONTRACTÉ LA MALADIE
PENDANT LE SERVICE ?

Parmi les 59 réponses reçues, il est signalé un cas d'infection d'un missionnaire infirmier qui vivait en permanence dans la léproserie et qui est décédé en 1943.

Parmi le personnel indigène des léproseries au Congo, on connaît quelques cas d'apparition de la lèpre ; mais il est difficile de dire si la maladie a été contractée avant ou pendant leur période de service dans la léproserie.

28. — EMPLOYEZ-VOUS LE TEST DE LA LÉPROMINE
AVANT D'ACCEPTER LE PERSONNEL MÉDICAL OU
INFIRMIER ?

Cette pratique n'est pas utilisée.

29. — Des photos seront présentées au Congrès de Rome.

30. — Sera présenté également un rapport sur l'organisation de la lutte antilépreuse au Congo belge et au Ruanda-Urundi.

31. — Les léproseries du Congo belge et du Ruanda-Urundi ayant envoyé une réponse au questionnaire de l'Ordre Souverain et Militaire de Malte sont les suivantes :

Provinces	Léproseries	Desserte	Nombre de lépreux hébergés	Nombre de lépreux en traitement ambulatoire	Médecin résident
1. Léopoldville	Sona Pangu	Mis. prot.	126	25	
	Kimpevolo	Mis. prot.	48	30	1
	Sona Bata	Mis. cath.	163		
	Kamayala	Mis. prot.	100		
	Loango Luvungu	Mis. cath.	300	75	1
	Mosango	FOREAMI	99		1
	TOTAL		836	130	3
2. Équateur	Yonda	Mis. cath.	1.057	120	1
	Baringa	Mis. prot.	578	90	1
	Wafanya	Mis. cath.	521	547	1
	Imbonga	Mis. cath.	367	165	
	Mondombe	Mis. prot.	269	278	
	Yoseki	Mis. prot.	380	141	1
	Basankusu	Gouv.	63	123	
	Bokela	Mis. cath.	464		
	Businga	Gouv.	—	1.137	
	Karawa	Mis. prot.	345	803	1
	Lisala	Gouv.	—	1.391	
	Bosobolo	Gouv.	93	2.380	
	Banzyville	Gouv.	240	3.150	
	Djolu	Gouv.	595	1.350	1
	Molegbe	Mis. cath.	118	279	
	Imbonga	Mis. cath.	367	165	
	Wema	Mis. prot.	326	398	1
	Lotumbe	Mis. prot.	174	111	1
	Abumombazi	Mis. cath.	62	560	
	Bwamanda	Mis. cath.	221	37	
TOTAL		6.240	13.225	8	
3. P. Orientale	Yamabuki (Basoko)	Gouv.	50	3.500	
	Simba (Yahuma)	Gouv.	60	1.500	
	Bafwasende	Gouv.	311	4.910	1
	Niangara	Gouv.	87	1.850	
	Pawa	Croix-R. C.	1.720	5.000	1
	Yalisombo	Mis. prot.	648	3.763	
	Paulis (4 centres)	Gouv.	400	1.600	
	Wamba	Gouv.	933	3.223	
	Banda (4 centres)	Mis. prot.	1.721		
TOTAL		5.930	25.346	2	
4. Kivu	Jomba	Mis. cath.	216	52	
	Lubutu	Gouv.	256	499	
	Kagelagela	Gouv.	104	581	
	Masanga	Gouv.	475		
	Muhangi	Gouv.	400		
TOTAL		1.451	1.132		

Provinces	Léproseries	Desserte	Nombre de lépreux hébergés	Nombre de lépreux en traitement ambulatoire	Médecin résidant
5. Katanga	Tshiamfubu	Mis. prot.	613	316	1
	Mulongo	Mis. prot.	340	103	1
	Kasaji	Mis. prot.	410	929	1
	Sakania	Mis. cath.	45	80	
	Mwilambwe	Advent.	516		
	Kapanga	Mis. prot.	650	250	
	TOTAL			2.574	1.777
6. Kasai	Mutoto	Mis. prot.	350		1
	Luebo	Mis. prot.	200		1
	Lubondaï	Mis. prot.	298		1
	Dikungu (Tshumbe-St ^e -Marie)	Mis. cath.	928	600	1
	Hemptinne-St-Benoît		725		
	TOTAL			2.501	600
7. Ruanda-Urundi	Nyankanda	Mis. prot.	760		1
		TOTAL	760		1

RÉCAPITULATION DES RÉPONSES.

Province	Nombre de léproseries ayant répondu	Nombre de lépreux hébergés	Nombre de lépreux en traitement ambulatoire
Léopoldville	6	836	130
Équateur	20	6.240	1.271
Prov. Orientale	16	5.930	25.346
Kivu	5	1.451	1.132
Katanga	6	2.574	1.778
Kasai	5	2.501	600
Ruanda-Urundi	1	760	
TOTAL GÉNÉRAL	59	20.292	30.257

CHAPITRE III

Congrès international pour la Défense et la Réhabilitation sociale du Lépreux, organisé à Rome du 16 au 18 avril 1956 par l'Ordre Souverain et Militaire de Malte.

Ce Congrès a groupé à Rome quelque 250 participants de 52 pays différents.

Comme représentants belges, on notait : le Professeur A. DUBOIS, Directeur de l'Institut de Médecine Tropicale « Prince Léopold » d'Anvers, le Docteur HEMERIJCKX, léprologue provincial au Congo belge, actuellement en mission en Inde où il dirige la mission antilépreuse belge à Pollambakam (État de Madras), le Docteur KADANER, médecin-directeur de la Croix-Rouge du Congo, le Docteur Mademoiselle LENGAUER, de la léproserie d'Ossiomo (Nigeria), et l'auteur du présent rapport qui représentait le Gouvernement ainsi que la Fondation Père DAMIEN et le FOREAMI.

Notre intention n'est pas, dans cette courte note, de faire une relation complète des travaux du Congrès, que l'on trouvera d'ailleurs dans le volume des Rapports et Communications édité par l'Ordre de Malte, mais de donner un aperçu de la tendance générale de la réunion en soulignant les points qui nous ont paru intéresser davantage le Congo belge.

Le but des organisateurs du Congrès était sans doute moins d'informer des participants déjà convaincus, que d'agir sur l'opinion publique en diffusant certaines notions essentielles au sujet de l'épidémiologie et de la

curabilité de la lèpre, actuellement admises par tous les léprologues.

Il s'agit de détruire les légendes qui règnent encore de toutes parts au sujet du caractère infamant, de la contagiosité et de l'incurabilité de la lèpre, et de les remplacer par des notions objectives.

La lèpre est en effet une maladie très peu contagieuse, que les sulfones nous donnent le moyen de guérir sans séquelles dans les cas traités précocement, et au moins d'arrêter dans son évolution chez les malades dont les lésions sont déjà notables.

Il n'y a aucune raison qui justifie d'empêcher un lépreux guéri ou rendu non contagieux d'être réadmis dans la société et d'y poursuivre une vie normale.

Cette question de la réadmission des lépreux guéris ou blanchis présente certes plus de difficultés dans des pays relativement avancés dans l'échelle de l'évolution, tels que les pays du sud de l'Europe ou de l'Amérique, que dans les régions à population encore peu évoluée comme celle des territoires d'Afrique centrale.

En fait, dans les pays tels que le Congo belge, la question de la réhabilitation sociale des lépreux ne se pose pas avec grande acuité, si ce n'est pour quelques évolués. La grande majorité des lépreux sont en effet des agriculteurs qui mènent dans les léproseries une vie entièrement semblable à celle de leur village d'origine auquel ils retournent ensuite. D'autre part, la masse de la population n'a dans l'ensemble aucune prévention vis-à-vis d'un lépreux guéri, pour autant que celui-ci ne présente pas de difformités notables.

En matière de réhabilitation, nous pourrions cependant songer, dans les léproseries du Congo belge, à profiter du séjour des malades pour leur enseigner certains métiers tels que ceux de maçons, charpentier, mécanicien, etc... Cet objectif est déjà réalisé dans certaines léproseries,

notamment à Yonda, Baringa et Tshumbe-St^e-Marie, mais pourrait certes être étendu à d'autres institutions.

En dehors de la question de la réhabilitation sociale des lépreux, il fut question également à Rome de la thérapeutique et de la prophylaxie de la lèpre, la réhabilitation des lépreux étant étroitement liée à leur guérison. C'est en effet depuis que nous possédons la possibilité de guérir les lépreux que s'est posée réellement la question de leur réhabilitation.

Tant qu'ils restaient contagieux ou exposés à des infirmités progressives, le seul problème était celui de leur hébergement en institutions spécialisées.

La réhabilitation est une question actuellement difficile à résoudre pour les nombreux anciens malades chez lesquels une thérapeutique sulfonée assez récente a arrêté l'évolution du mal à un stade plus ou moins avancé des lésions. Elle sera sans doute moins ardue dans l'avenir, au fur et à mesure que des traitements de plus en plus efficaces seront institués plus précocement.

D'autres questions dignes d'intérêt furent celles de la prévention ou de la réparation des mutilations lépreuses.

* * *

ÉTAT ACTUEL DE LA THÉRAPEUTIQUE ANTILÉPREUSE.

Les sulfones sont encore, de l'avis unanime des léprologues, ce que nous possédons de mieux en matière de thérapeutique, à l'heure actuelle.

Parmi les différentes formes disponibles, alors que quelques médecins s'attardent encore à la promine, produit coûteux et d'administration intra-veineuse, la quasi-unanimité des léprologues a donné la préférence

à la sulfone-mère ou diamino-dyphényl sulfone (D. D. S.), en raison à la fois de sa faible toxicité, de sa facilité d'administration et de son prix de revient minime, toutes qualités qui permettent son emploi en thérapeutique de masse. La D. D. S. donne lieu à très peu de manifestations d'intolérance, à la condition d'établir des cures à doses lentement progressives.

La D. D. S. n'est certes pas encore le médicament idéal, parce que son action est toujours lente, quelquefois minime et qu'un certain nombre de malades ne la tolèrent pas ou très mal.

D'autre part, certains faits ne laissent pas d'inquiéter les léprologues ; ainsi, malgré la guérison clinique des lésions, on constate la persistance de la structure lépromateuse des tissus et les bacilles persistent dans les lésions cicatrisées très longtemps après avoir disparu du mucus nasal. Les résultats favorables des sulfones ne doivent donc pas ralentir l'effort de recherche en vue de trouver de meilleurs produits thérapeutiques.

Le médicament qui occupe actuellement le second rang après les sulfones est le Thiosemicarbazone (T. B. I.) qui possède une activité indiscutable sur les manifestations cliniques de la lèpre, mais beaucoup moindre sur l'état bactériologique.

Ce produit présente son utilité lorsque les sulfones sont mal supportées. Il ne peut toutefois pas s'utiliser en traitement de masse, parce qu'il est plus toxique, plus coûteux et ne parvient pas à réaliser la négativation bactériologique.

Quant au P. A. S. et à l'Isoniazide (I. N. H.), ces produits se sont montrés décevants dans la lèpre.

L'huile de chaulmoogra et ses dérivés sont définitivement abandonnés.

La pénicilline a son utilité dans certaines complications infectieuses.

L'antigène préparé au moyen du *Mycobacterium*

marianum (émulsion de bacilles tués) aurait, selon certains, une action favorable dans l'évolution de l'infection hansénienne. Il s'administre en injections intradermiques de 1/10 cm³ une fois par mois et ensuite, tous les 15 jours.

Après une période de réaction qui suit l'injection, on assiste à une amélioration de l'état général et à la régression des manifestations lépreuses. Les auteurs ne font pas mention des résultats sur l'état bactériologique.

Le Docteur BERTACINI, directeur de la Clinique dermatologique de l'Université de Bari, qui présentait le rapport sur l'état actuel de la thérapeutique, a parlé de résultats favorables obtenus avec l'éthylthiosulfate de soude qui donnerait des résultats favorables à la dose de 4 à 8 comprimés de 20 cg toutes les 24 heures.

Quant au traitement des réactions lépreuses, ce problème est loin d'être résolu et une quantité de produits sont utilisés avec des résultats fort variables. Sont cités notamment :

1) La pénicilline, qui n'a pas d'action spécifique sur les lésions, mais améliore certains états de complications infectieuses ;

2) L'antimoine sous forme de tartre émétique, qui serait actif aux doses de 2 à 4 cg par jour ;

3) Les antipyrétiques et analgésiques tels que l'Ir-gapyrine ;

4) La vitamine D 2 ;

5) Les antihistaminiques ;

6) Les perfusions de plasma, la transfusion de sang (Contreras à Fontilles) ;

7) La cortisone et l'A. C. T. H. auraient de bons effets sur les réactions fébriles, ainsi que sur les complications oculaires (iridocyclite). Ces produits permettraient de faire supporter les sulfones à la plupart des malades qui montrent des signes d'intolérance ;

8) La vitamine K est recommandée par MERCKLEN et RIOUX, en injections intraveineuses de 50 à 100 mg par jour pendant 20 à 30 jours.

* * *

PROTECTION DES ENFANTS LÉPREUX.

Il est admis que la lèpre n'est pas héréditaire, mais que les jeunes enfants offrent une susceptibilité particulière à l'infection. Dès lors, la séparation des enfants, dès leur naissance, d'avec leurs parents lépreux, serait le meilleur moyen de les protéger de l'infection. Cet éloignement peut se faire soit dans la famille saine, soit dans des pouponnières quand pour des raisons matérielles ou sociales la famille est incapable de prendre ces enfants à charge.

Le système des pouponnières pour enfants de lépreux présente cependant de gros inconvénients :

Le premier est celui du coût élevé de ces établissements qui nécessitent un personnel nombreux et qualifié, ainsi que des locaux bien adaptés et du matériel spécial.

En second lieu, l'isolement, l'élevage et l'éducation prolongée des enfants en communauté fermée en fait des inadaptés à la vie sociale normale et brise le lien affectif avec leurs parents.

Ajoutons aussi la difficulté qui se présente notamment au Congo d'élever les enfants à l'allaitement artificiel.

Pour obvier à ce dernier inconvénient, certaines léproseries (Wafanya au Congo et d'autres au Nigeria) éloignent les enfants de leur mère lépreuse, mais permettent à ces dernières de venir les allaiter moyennant certaines conditions de propreté.

On peut se demander si cette pratique n'enlève pas toute utilité au système étant donné que lorsqu'il s'agit de mères lépromateuses, les enfants ingurgitent certai-

nement de nombreux bacilles provenant des excoriations du mamelon.

Les promoteurs de la méthode répondent que les mères sont soignées aux sulfones et par là seraient rendues moins contagieuses et que d'autre part, l'enfant, absorbe un certain taux de sulfones qui passent dans le lait (45 % du taux sanguin).

D'autre part, si malgré ces précautions, l'enfant manifestait des symptômes de lèpre, il est possible de le mettre en traitement dès l'apparition de la première lésion, puisqu'il reste sous observation médicale directe.

Il semble que l'opinion moyenne soit qu'il est souhaitable d'isoler les enfants de leurs parents lépreux, dès la naissance, mais de réaliser, si possible, cet isolement en milieu familial.

Si l'isolement se fait en institutions, il est conseillé d'y garder les enfants le moins longtemps possible et au maximum jusqu'à l'âge de trois ans, après lequel ils pourraient être rendus à la famille saine ou même à leurs parents encore en traitement. De toute façon, on conseille de profiter du temps de l'isolement de l'enfant pour essayer d'augmenter sa résistance à l'infection hansénienne, notamment en créant artificiellement la positivité de la réaction de Mitsuda au moyen de la vaccination au B. C. G. ou par d'autres antigènes tels que le *Mycobacterium marianum*.

Il n'est toutefois pas scientifiquement établi qu'un test positif à la lépromine indique une résistance à l'infection hansénienne et, d'autre part, que la positivité de ce test obtenue artificiellement soit de même nature que celle qui survient à la suite de l'exposition à l'infection hansénienne.

En ce qui concerne le Congo belge, nous croyons qu'à côté de l'expérience de Pawa (isolement absolu dès la naissance et allaitement artificiel), devrait se faire parallèlement, à titre expérimental, un isolement relatif

avec allaitement des enfants par la mère lépreuse en traitement. La mortalité élevée dans les pouponnières à allaitement artificiel nous paraît, en effet, réduire à néant l'avantage escompté d'épargner l'infection lépreuse à quelques enfants que l'on pourrait traiter avec de grandes chances de guérison totale, dès l'apparition des premiers signes de lèpre.

* * *

CAMPAGNES ANTILÉPREUSES.

La tendance actuelle de l'O. M. S. et des pays où la lèpre atteint une proportion relativement forte de la population, est de donner la priorité au traitement de masse plutôt qu'au traitement en léproserie.

Nous estimons que cette politique peut se défendre pour les pays dont les moyens financiers sont limités et qui ne pourraient pas, en plus des traitements de masse, consacrer des sommes importantes pour construire des centres de traitement.

Nous croyons cependant qu'une formule n'exclut pas l'autre et que la politique suivie à ce sujet par le Congo belge est la bonne. A côté du traitement de masse, que nous devons nous efforcer d'étendre au maximum, les léproseries auront leur utilité pour l'isolement des cas contagieux, pour donner asile aux mutilés graves et comme centres d'étude scientifique de la lèpre.

* * *

PRÉVENTION ET RÉPARATION DES MUTILATIONS LÉPREUSES.

La question de la prévention et de la réparation des mutilations lépreuses fit l'objet d'une intéressante communication du D^r BRAND.

L'anesthésie lépreuse est cause de nombreuses blessures et brûlures des malades. Il y a lieu de les éduquer à observer toute une série de précautions pour éviter ces lésions qui chez eux guérissent difficilement, se surinfectent et sont l'origine de lésion des tissus profonds et des os.

Les plaies les plus petites, bien que non douloureuses, doivent être pansées et désinfectées et tenues en état d'extrême propreté.

Les ulcères plantaires exigent le repos jusqu'à cicatrisation complète. La marche aggrave ces lésions et retarde leur cicatrisation pendant des mois.

Des mesures orthopédiques et chirurgicales peuvent remédier à de nombreuses déformations.

* * *

DÉPISTAGE DES MALADES.

Tous les auteurs insistent sur la nécessité d'un traitement précoce si l'on désire donner au lépreux le maximum de chances de guérison. De plus, la question de la réhabilitation ne se posera plus si l'on parvient à arrêter la marche de l'infection avant qu'elle n'ait provoqué de stigmates définitifs. La plupart cependant comptent sur la déclaration spontanée des cas, se refusant à toute coercition en matière de traitement.

Nous estimons que notre méthode de recensement médical périodique de la population, qui nous a permis de vaincre le fléau de la maladie du sommeil, est le meilleur moyen de réaliser le dépistage précoce des malades. Il est accepté sans difficulté par les Congolais, qui sont persuadés de son utilité.

Nous croyons que nous aurions grand tort au Congo

d'abandonner une arme aussi efficace dans notre lutte contre la maladie de HANSEN.

* * *

Nous terminerons cette note en donnant les recommandations du Congrès de Rome ainsi que l'allocution prononcée par le Souverain Pontife au cours de l'audience accordée aux participants : ce discours résume fort bien les notions médicales et sociales actuelles en matière de traitement des hanséniens.

ANNEXE I

RECOMMANDATIONS DU CONGRÈS DE ROME.

Le Congrès International pour la Défense et la Réhabilitation sociale du Lépreux, réuni à Rome les 16, 17 et 18 avril 1956 sur l'initiative de l'Ordre Souverain et Militaire de Malte, groupant 250 délégués représentant 51 nations,

Considérant que la lèpre est reconnue comme une maladie relativement peu contagieuse et susceptible d'être efficacement traitée,

Recommande :

1. — *a)* Que les malades atteints de cette affection soient traités comme n'importe quels autres malades (tuberculeux, par exemple) sans discrimination ; et qu'en conséquence toutes les législations et règlements d'exception concernant les lépreux soient abolis.

b) Que dans les pays où la lèpre constitue un problème social, une campagne de propagande soit entreprise pour informer l'opinion publique du vrai visage de la lèpre et pour détruire les superstitions et les préjugés attachés à cette maladie.

2. — *a)* De pratiquer un dépistage et un traitement précoce de la maladie, afin de laisser le malade, chaque fois que son état ne constitue pas un danger pour l'entourage, dans son milieu familial ; ce qui constitue un fait moral et humain de la plus grande importance.

b) A cet effet, il semble que dans les pays à faibles possibilités médicales et économiques, mais à haute endémicité, une campagne de masse constitue la meilleure prophylaxie, permettant d'atteindre un nombre considérable de malades, enrayant ainsi l'extension de l'affection. De réserver l'hospitalisation à ceux dont l'état nécessite un traitement spécial médical ou chirurgical et de la limiter comme pour toute autre affection aux seuls délais imposés par la thérapeutique.

c) De protéger l'enfant contre l'infection par tout moyen biologique actuellement connu, en ne recourant au placement familial ou au

préventorium qu'en cas d'absolue nécessité, afin de lui éviter une stigmatisation ultérieure fausse et nuisible.

d) D'encourager les gouvernements à apporter aux grands invalides et incurables l'aide morale, sociale et médicale dont ils ont besoin, en engageant au besoin certains autres départements ministériels, tels que : Affaires Sociales, Agriculture, Éducation Nationale, à cette œuvre de réadaptation et d'assistance, en utilisant toutes les possibilités de rééducation et de réparation chirurgicale ou physiothérapique dont les effets psychologiques, tant sur le malade que sur la Société, sont prépondérants.

* * *

Le Congrès remercie l'Ordre Souverain et Militaire de Malte d'avoir organisé cette réunion internationale et souhaite qu'elle soit le point de départ du rassemblement mondial de toutes les compétences et de tous les dévouements pour que soit définitivement remportée la victoire sur la lèpre.

ANNEXE II

ALLOCUTION PRONONCÉE PAR LE SOUVERAIN PONTIFE.

Nous vous souhaitons cordialement la bienvenue, Messieurs, et sommes heureux de vous recevoir à l'occasion du Congrès international pour la Défense et la Réhabilitation sociale des malades de la lèpre. Vous ne doutez certes pas du vif intérêt que Nous portons à l'œuvre bienfaisante que vous avez déjà accomplie et que vous désirez continuer avec une efficacité encore accrue. Notre gratitude va aussi à l'Ordre Souverain et Militaire de Malte qui, fidèle à ses traditions charitables de secours aux infirmes, a voulu affronter ainsi une tâche d'une gravité particulière. Nombreux sont encore, hélas, les pays où cette maladie exerce ses ravages, et trop nombreuses ses victimes. On compterait actuellement dans le monde plus de cinq millions de hanséniens, dont quatre cent mille seulement en traitement. Pourtant la médecine dispose de remèdes éprouvés capables d'enrayer les progrès du mal, et même de rendre la santé à ceux que l'on peut soigner à temps. Aussi ce Congrès, qui groupe des savants et sociologues de quarante pays, Nous semble particulièrement opportun : mettant

en commun votre savoir et votre expérience, vous pourrez donner à la lutte contre la lèpre un nouvel élan et une plus grande extension.

Quand on parle de la lèpre, un fait mérite d'abord d'être souligné : c'est le changement radical qui s'est opéré depuis 1941 dans sa thérapeutique ; à cette époque en effet débutèrent les premiers essais de traitement par les sulfones (promin, sulphétrone, diasone), qui se révélèrent beaucoup plus efficaces que le chaulmoogra utilisé jusqu'alors, mais dont le prix élevé rendait difficile l'application à un grand nombre de patients. Un progrès important fut enregistré en 1948 lorsqu'on songea à substituer aux dérivés sulfonés la sulfone-mère ; ce médicament de prix modique et d'emploi aisé permettait l'utilisation sur une grande échelle, parmi des populations pauvres et peu évoluées.

On peut donc affirmer à présent que la lèpre n'est plus inguérissable, même si l'on reste encore trop démunie à l'égard des manifestations douloureuses et si les rechutes restent encore possibles dans un certain nombre de cas. Comment souligner suffisamment la portée d'un tel résultat, surtout si l'on se rappelle la terreur que la lèpre inspirait jadis et inspire encore à présent, bien à tort d'ailleurs ? Son antiquité ne remonte-t-elle pas jusqu'aux temps de la préhistoire ? —, les développements littéraires qui l'ont prise pour thème, le caractère spectaculaire des déformations qu'elle inflige, quand elle est parvenue à un stade avancé, les mesures de défense sociale qu'elle a déterminées au cours des siècles, en particulier la claustration cruelle et d'ailleurs d'utilité très contestée, tout cela contribuait et contribue encore à entretenir à son égard une aversion en quelque sorte instinctive, contre laquelle il importe de réagir fortement.

Il faut d'abord remarquer que, si la lèpre est contagieuse, elle l'est moins que la tuberculose et ne se propage que difficilement : 3 à 6 % seulement des personnes vivant auprès des hanséniens contracteraient l'infection ; cette faible proportion est due à ce qu'un certain nombre de malades n'émettent pas de germes ou n'en émettent qu'en petite quantité et à cette particularité que le bacille se transmet surtout par voie cutanée. Il suffit d'observer les règles essentielles de l'hygiène pour éviter dans une large mesure le danger de contamination ; on a d'ailleurs pu noter comme exceptionnel le fait que des médecins ou leurs familles vivant à proximité des lieux d'hospitalisation aient contracté la maladie. Il n'y a donc pas de motif d'adopter vis-à-vis de la lèpre des mesures plus sévères que pour d'autres maladies contagieuses. On évitera même ainsi une des causes les plus actives de sa propagation : la dissimulation du mal. Les malades traités avec libéralité ne craindront plus le médecin à l'égal du policier, et viendront d'eux-

mêmes demander des soins au lieu de se cacher, de rester pour leur entourage des facteurs permanents de contagion et de se condamner eux-mêmes à en subir les pires conséquences. La suppression des préjugés courants et des méthodes de coercition conditionne donc le succès des campagnes anti-lépreuses, et vous avez pleinement raison de mettre en évidence la réalité des faits telle qu'elle se présente aujourd'hui. Tout autorise à croire que les méthodes de prophylaxie anti-tuberculeuse, qui ont fait leurs preuves en Europe et sont basées sur le dépistage et le traitement précoces, obtiendront les mêmes effets là où on appliquera à la lèpre des procédés semblables.

Cependant une difficulté sérieuse retarde aujourd'hui encore les progrès de la médecine dans ce domaine ; de nombreux problèmes concernant l'épidémiologie de la lèpre n'ont pas encore trouvé de solution. Le bacille de Hansen s'avère en effet très difficile à étudier ; il n'arrive à se fixer naturellement que dans l'organisme humain et, malgré les travaux poursuivis par de nombreux savants pendant plus d'un demi-siècle, on n'a pas encore réussi des essais de culture en laboratoire ; on n'est pas non plus parvenu à l'inoculer aux animaux et à déterminer chez eux une maladie transmissible. On manque également d'enquêtes épidémiologiques, qui mettraient en évidence les facteurs biologiques, climatiques, raciaux, sociaux, jouant un rôle dans son expansion. Pareil travail requiert évidemment un appareillage scientifique coûteux et que précisément les pays où la lèpre sévit davantage, sont incapables de se procurer. On aperçoit là du simple point de vue de la recherche une tâche considérable et de première importance. Quant aux mesures d'action directe, il apparaît comme primordial de préparer dans chacun des pays intéressés un personnel spécialisé, ayant reçu une formation sérieuse auprès des savants les plus compétents en la matière. Il faudrait ensuite organiser la lutte aux endroits les plus touchés : des dispensaires bien équipés, fixes ou mobiles suivant les cas, constitueront les éléments de pointe s'efforçant de repérer et de soigner à temps les malades de type bénin, tandis que les contagieux seront dirigés vers des sanatoriums, qui leur assureront tous les soins nécessaires sans entraver leur liberté.

Aussi longtemps qu'on fut privé d'un remède vraiment efficace, le soin des hanséniens exigeait de ceux qui s'y consacraient un dévouement héroïque. Combien de religieux et de religieuses n'ont pas hésité à séjourner dans les léproseries, d'où tout espoir semblait banni, et tombèrent victimes à leur tour du même fléau ! Actuellement la thérapeutique de la lèpre s'apparente à celle de toute autre affection chronique ; le traitement, appliqué avec discernement et accompagné d'une surveillance systématique pour prévenir les accidents et y remédier,

obtient toujours des résultats appréciables. Quel meilleur stimulant pour les âmes généreuses, qui se consacrent à cette tâche avec plus d'ardeur encore que par le passé ! En même temps que la guérison du corps et les problèmes déjà ardu qu'elle pose, il faut affronter les difficultés psychologiques et sociales, en particulier celles qu'entraîne l'hospitalisation des cas contagieux, que l'évolution très lente de la maladie retiendra plusieurs années loin de leur famille et de leurs occupations. Séparé de la société, le malade n'a-t-il pas alors un besoin plus urgent d'aide morale et spirituelle, de compréhension, d'encouragement ? Surtout lorsque son cas ne donne plus guère d'espoir de guérison, ne doit-il pas entretenir des raisons de vivre et de souffrir que les doctrines humaines sont bien incapables de lui donner ? Précisément parce que la lèpre requiert une cure prolongée, provoque parfois des déformations et des infirmités pénibles, et aussi parce que persistent à son égard des attitudes injustifiées de répulsion et de crainte, le malade a besoin de toutes ses ressources spirituelles ; il souhaite comprendre le sens de l'épreuve qui le frappe et la porter non avec un stoïcisme froid ou une résignation aveugle, mais avec le courage généreux, dont seule une foi religieuse solide peut donner le secret.

Pour vous-mêmes, Messieurs, vous avez l'ambition d'apporter dans cette lutte antilépreuse toutes vos énergies, toutes les ressources de votre intelligence et de votre cœur. Qu'une propagande bien menée fasse connaître au grand public les moyens dont dispose actuellement la médecine pour aborder cette lutte ainsi que son caractère véritable, et d'autre part l'urgence d'une action plus énergique et plus vaste. Aujourd'hui comme autrefois, les missions catholiques s'y dépensent soit directement par l'entretien de services médicaux, dispensaires et hôpitaux, soit indirectement par la recherche scientifique et les formes les plus diverses d'assistance sociale. Lorsqu'il est rentré dans la vie civile, le hansénien en voie de guérison se heurte aux difficultés de la réadaptation, et parfois son corps garde les stigmates des souffrances endurées : un labeur important reste donc à accomplir dans le domaine de l'assistance sociale, ainsi que pour effacer, par le moyen de la chirurgie réparatrice ou esthétique et de l'orthopédie, les séquelles de la maladie. Question d'organisation et de technique, sans doute, mais plus encore œuvre de sympathie humaine et d'amour sincère. Ici encore, Nous voulons croire que des catholiques, formés à l'école d'un Maître qui propose la charité comme son premier précepte, rivaliseront d'ingéniosité et de ferveur, si possible au moyen d'un « Comité International Catholique », pour soulager ces peines et rendre à leurs frères visités par l'épreuve plus de sérénité et de joie intime.

Un épisode fort expressif de la Bible illustre, par la guérison d'un

homme frappé de lèpre, les détours admirables par lesquels la Providence divine sait attirer les hommes à la vérité. Naaman le Syrien, ignorant du vrai Dieu, vient trouver le prophète Élisée pour implorer de lui la guérison ; cédant à contre-cœur à son injonction, il se baigne dans le Jourdain, recouvre la santé et reconnaît « qu'il n'y a point de Dieu sur toute la terre, si ce n'est le Dieu d'Israël » (4 *Reg.* 5, 15). L'intervention divine ne se limite pas à la guérison du corps ; elle pénètre plus à fond, jusqu'à l'esprit, le délivre de l'erreur et lui indique la voie qui mène à la lumière. Lorsque le Christ rencontrait des malades de la lèpre au cours de ses pérégrinations, il ne pouvait rester sourd à leurs cris suppliants. « Seigneur, si tu le veux, tu peux me guérir », disait l'un d'eux (MATTH. 8, 2). Jésus étend la main, le touche et « aussitôt sa lèpre fut guérie » (*Ibid.* 8, 3). Nous aussi, Messieurs, Nous voudrions que ce même cri, répété aujourd'hui encore par plusieurs millions d'hommes, suscite un grand élan de compassion. Que l'on utilise au maximum, pour supprimer une plaie particulièrement douloureuse de l'humanité, les merveilleuses conquêtes de la science moderne, mais qu'on songe avec plus de sollicitude encore aux âmes immortelles en quête de la vérité et de la vie qui ne passe pas. Comme les malades de la lèpre dont parle l'Évangile, elles aspirent à rencontrer la personne de Jésus, le seul Sauveur, grâce à la charité des hommes d'aujourd'hui, qui acceptent de proclamer son Nom et de se faire les témoins sincères de sa puissance et de son amour.

En appelant les faveurs du Ciel sur vous-mêmes et sur tous ceux qui consacrent au service des malades de la lèpre le meilleur de leurs forces et de leurs affections, Nous souhaitons à cette effort le succès le plus large, et de tout cœur vous en donnons pour gage Notre paternelle Bénédiction Apostolique.

BIBLIOGRAPHIE
DES TRAVAUX CONSACRÉS A LA LÈPRE
ET PARUS EN BELGIQUE ET AU CONGO BELGE
(1941-1955)

Dans son étude intitulée : *La lèpre au Congo belge en 1938* et publiée dans les *Mémoires* de l'Institut Royal Colonial Belge en 1940 ⁽¹⁾, le professeur A. DUBOIS a donné une bibliographie étendue des travaux consacrés à la lèpre et parus en Belgique. Cette bibliographie comporte 170 références.

La liste ci-après fait suite à celle de A. DUBOIS et mentionne les travaux publiés en Belgique et au Congo belge de 1941 à 1955.

ORGANISATION — GÉNÉRALITÉS

1. DRICOT, Ch., Organisation actuelle de la lutte contre la lèpre au Congo belge et au Ruanda-Urundi (*Ann. S^t Belge de Médecine Tropicale*, 1954, t. XXXIV, p. 631).
2. DUBOIS, A., La lutte contre la lèpre au Congo (*La Revue Coloniale Belge*, Bruxelles, 1^{re} année, n° 25, 15 août 1946, pp. 112-114).
3. DUBOIS, A., La lèpre. Diagnostic et traitement (1 vol., 72 pp., photos, mai 1955, FOREAMI, 14, Square de Meeus, Bruxelles).
4. GILLET, J., La lèpre au Congo belge (Institut Royal Colonial Belge, *Bull. des Séances*, Bruxelles, XXV, 1954, n° 1, pp. 303-325, tabl., bibl.).
5. GILLET, J., Carte nosologique du Congo belge et du Ruanda-Urundi. Lèpre (Atlas général du Congo, Institut Royal Colonial Belge, 1954, index n° 662).
6. GUNS, P. et LECHAT, M., La lèpre. — Aperçus Généraux et points particuliers d'otorhinolaryngologie (*Ann. S^t Belge Médecine Tropicale*, 1955, t. XXXV, p. 15).
7. HEMERIJCKX, La Léproserie de Tshumbe-Sainte-Marie (*Grands Lacs*, Revue générale des Missions d'Afrique, Namur, 61^e année, n° 9, nouvelle série, n° 87, 15 mai 1946, pp. 33-37).
8. HEMERIJCKX, La lutte contre la lèpre (*L'Aide médicale aux missions*, Bruxelles, 18^e année, n° 2, août-sept. 1946, pp. 5-7).

⁽¹⁾ *Mém. in-8° de l'I. R. C. B.*, Sect. Sc. nat. et méd., tome X, fasc. 2.

58 LA LUTTE CONTRE LA LÈPRE AU CONGO BELGE EN 1955

9. HEMERIJCKX, La lutte contre la lèpre au Congo (*L'Aide médicale aux Missions*, Bruxelles, 19^e année, juin-juillet 1947, pp. 4-5).
10. HEMERIJCKX, La léproserie de Tshumbe-S^{te}-Marie. Programme d'installation complète (*L'Aide médicale aux Missions*, Bruxelles, 20^e année, mars 1948, pp. 8-12, juin, pp. 26-28).
11. HEMERIJCKX, L'organisation de la lutte antilépreuse et du traitement de la lèpre en Nigérie (*L'Aide médicale aux Missions*, Bruxelles, 23^e année, n^o 4, octobre 1951, pp. 91-98 ; 24^e année, n^o 1, janv. 1952, pp. 3-7).
12. HEMERIJCKX, F., L'Évolution des lépreux dans une léproserie. (*Annales S^t Belge Médecine Tropicale*, 1954, t. XXXIV, p. 603).
13. HEMERIJCKX, F., A propos de la lèpre et de la lutte antilépreuse. (*Bulletin d'information sur la lèpre*, n^o 1, FOREAMI, Léopoldville, 1954, pp. 15-39).
14. HEMERIJCKX, F., Rapports et conclusions du VI^e Congrès International de léprologie tenu à Madrid du 3 au 11 octobre 1953. Résumé et Commentaires (*Bulletin d'information sur la lèpre*, n^o 1, FOREAMI, Léopoldville, 1954, pp. 40-48).
15. HORNER, W. Howard, A leper colony is born (*Congo Mission News*, Léopoldville, n^o 162, avril 1953, pp. 15-16).
16. JAMART, Gabrielle, La léproserie de Wafanya (*L'Aide médicale aux Missions*, Bruxelles, 24^e année, n^o 4, oct. 1952, pp. 149-167).
17. KIVITS, M., Rapport sur l'activité de la Section Père DAMIEN (FOREAMI, 14, Square de Meeus, Bruxelles. Rapport sur l'activité de l'année 1954, p. 125).
18. VANBREUSEGHEM, R., État actuel de nos connaissances sur la lèpre (*Annales de la Soc. Royale des Sciences Médicales et Naturelles de Bruxelles*, vol. 4, n^o 1, 1951, pp. 35-45, bibliogr.).

EXPÉRIMENTATION — SÉROLOGIE — BACTÉRIOLOGIE

19. DUBOIS, A., Action inhibante des dérivés chaulmoogriques sur la culture en milieu liquide du bacille tuberculeux aviaire (*Annales S^t Belge Médecine Tropicale*, 1944, t. XXIV, p. 1).
20. DUBOIS, A., et GAVRILOV, W., Essais d'inoculation de la lèpre humaine au hamster non splénectomisé (*Annales S^t Belge Médecine Tropicale*, 1941, tome XXI, p. 189).
21. SWERTS, L., Tests à la tuberculine et à la lépromine dans la Chefferie de Makoda (*Annales S^t Belge Médecine Tropicale*, 1955, t. XXXV, p. 801).

CLINIQUE — DIAGNOSTIC

22. DE BOCK, A., Mise au point des cas de lèpre dans les chefferies Pelende et Muningulu du territoire des Bayaka-Sud (Zone FOREAMI du Kwango) en 1948 (FOREAMI, Bruxelles, Rapport 1948, pp. 87-99).
23. DE LAEY, A., et DUBOIS, J., La lèpre oculaire au Congo belge (*Annales S^t Belge Médecine Tropicale*, 1950, t. XXX, p. 1453).
24. DUBOIS, A., Le test de Mitsuda ou lépromine-réaction (Institut Royal Colonial Belge, *Bull. des Séances*, Bruxelles, XII-1941-3, pp. 510-527).
25. DUBOIS, A., Évolution des macules lépreuses au Congo (*Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, Bruxelles, 6^e série, t. 13, fasc. 9, 1948, pp. 392-396).
26. DUBOIS, A., et SWERTS, L., L'emploi du microscope à fluorescence dans le diagnostic de la lèpre (*Annales S^t Belge de Médecine Tropicale*, 1950, t. XXX, p. 1473).
27. DUBOIS, A., A propos du diagnostic de la lèpre. La Chronaxie (*Annales S^t Belge de Médecine Tropicale*, 1951, t. XXXI, p. 525).
28. DUBOIS, A., et RADEMECKER, M. A., Valeur de la chronaxie comme méthode de diagnostic précoce des formes nerveuses de la lèpre (*Revue belge de Pathologie et de Médecine expérimentale*, Bruxelles, t. 21, n^o 1, sept. 1951, pp. 108-118).
29. DUBOIS, A., Classification de la lèpre selon le Congrès International de la Havane (1948) (Institut Royal Colonial Belge, *Bull. des Séances*, Bruxelles, XIX-1948-3, pp. 726-732, bibl.).
30. LECHAT, M., et CHARDOME, J., Alérations radiologiques des os de la face chez le lépreux congolais (*Annales S^t Belge Médecine Tropicale*, 1955, t. XXXV, p. 603).
31. RADNA, R., Sur les formes de la lèpre dans le district de l'Uele (*Annales S^t Belge de Médecine Tropicale*, 1945, tome XXV, p. 205).
32. RADNA, R., Sur l'évolution de certains cas de lèpre neuro-maculeuse (*Annales S^t Belge Médecine Tropicale*, 1946, t. XXVI, p. 89).
33. ZANETTI, Coloration en série du bacille de Hansen et dépistage des lépreux bacillaires (*Annales S^t Belge Médecine Tropicale*, 1947, t. XXVII, p. 179).
34. ZANETTI, V., Contributions à la connaissance de la lèpre au Congo belge (Épidémiologie, Évolution clinique, classification) (*Annales S^t Belge Médecine Tropicale*, 1948, t. XXVIII, p. 105).

THÉRAPEUTIQUE

35. DE SOUZA-ARAÚJO, H. C., La Ppromin dans le traitement de la lèpre (*Annales S^t Belge Médecine Tropicale*, 1947. *Liber jubilaris J. Rodhain*).

36. DE WILDEMAN, E., La lèpre et les saponines (Institut Royal Colonial Belge, *Bulletin des Séances*, Bruxelles, XIII, 1942, 2, pp. 236-280).
37. DUBOIS, A., et VALCKE, G., Résultat du traitement d'un cas de lèpre lépromateuse (nodulaire) chez l'Européen (*Annales S^t Belge Médecine Tropicale*, 1942, t. XXII, p. 319).
38. GILLET, J., Note sur quelques cas de lèpre (forme lépromateuse) traités par sulfones (Diasone et sulphétrone) (*Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, Anvers, t. 30, n° 3, 30 septembre 1950, pp. 441-447, bibl.).
39. KELLERSBERGER, Eugène, Progress in treatment of leprosy, with special reference to Africa and the Belgian Congo (*Congo Mission News*, Léopoldville, n° 157, janvier 1952, pp. 14-15 et 21, photos).
40. LASSMANN, P., Traitement de la lèpre avec les produits extraits des graines des Oncobées du Congo belge (*Annales S^t Belge de Médecine Tropicale*, 1949, t. XXIX, p. 32).
41. LECHAT, M., La Chlorpromazine (largactil) dans le traitement de 44 réactions léprotiques écloses après vaccination antivariolique chez les lépreux (*Annales S^t Belge Médecine Tropicale*, 1955, t. XXXV, p. 343).
42. RADNA, R., et LIMBOS, P., Contribution à la question du traitement de la lèpre : l'huile de Colonesba Welwitshchii (Gilg) (première note, *Annales S^t Belge Médecine Tropicale*, 1941, tome XX, p. 335).
43. ROYER, René, Évolution de la chimiothérapie de la lèpre (*Revue des Questions scientifiques*, Louvain, 65^e année, t. 123, 20 janvier 1952, pp. 108-114).
44. SCOHIER, L., La posologie des sulfones et thérapeutique de masse (*Annales S^t Belge de Médecine Tropicale*, 1954, t. XXXIV, p. 637).
45. SWERTS, L., Considérations sur les traitements sulfonés de la lèpre (*Annales S^t Belge de Médecine tropicale*, t. XXXV, 1955, p. 785).
46. X., Le traitement de la lèpre par les sulfones (*Aide médicale aux Missions*, Bruxelles, 25^e année, n° 1, janv. 1953, pp. 3-5).

ÉPIDÉMIOLOGIE — PROPHYLAXIE

47. DEGOTTE, J., Nouvelle contribution à l'épidémiologie de la lèpre. — Étude comparative de la chefferie de Makoda. 1939-1943 (*Recueil de Travaux des Sciences médicales au Congo belge*, Léopoldville, n° 4, juillet 1945, pp. 70-81, cartes, bibl.).
48. DEGOTTE, J., Contagiosité de la lèpre neurale (*Recueil de Travaux de Sciences médicales au Congo belge*, Léopoldville, n° 2, janv. 1944, pp. 162-164, bibl.).
49. DUBOIS, A., Une nouvelle théorie alimentaire à propos de l'étiologie et la pathogénie de la lèpre. Applications thérapeutiques (Institut

Royal Colonial Belge, *Bulletin des Séances*, Bruxelles, XIII, 1942, 2, pp. 210-218).

50. DUBOIS, A., Quelques inoculations volontaires ou accidentelles de la lèpre aux êtres humains (Institut Royal Colonial Belge, *Bulletin des Séances*, Bruxelles, XXIII, 1952, n° 1, pp. 199-213, bibl.).
51. DUBOIS, A., Sulfones et prophylaxie de la lèpre au Congo belge (Institut Royal Colonial Belge, *Bulletin des Séances*, Bruxelles, XXI, 1950-I, pp. 205-211, bibl.).
52. DUBOIS, A., Les invertébrés et la transmission de la lèpre (*Annales du Musée du Congo belge*, Tervuren, nouvelle série 4°, Sciences zoologiques, vol. I (*Miscellanea zoologica H. Schouteden*), 1954, pp. 356-359, bibl.).
53. DUBOIS, A., Évolution des méthodes de prophylaxie de la lèpre. (*Annales S^t Belge de Médecine Tropicale*, 1954, t. XXXIV, p. 565).
54. KADANER, M., et MAROUNEK, La mortalité des enfants de femmes lépreuses dans les internats, à la léproserie et en milieu coutumier (*Annales S^t Belge Médecine Tropicale*, t. XXXVI, 1956, p. 247).
55. ZANETTI, V., Léproserie de Wafania et Croix Rouge du Congo. Lèpre et Prophylaxie au Congo Belge (*Recueil de Travaux de Sciences Médicales au Congo*, n° 3, Léopoldville, 1945).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
CHAPITRE I. Organisation de la lutte contre la lèpre au Congo belge et au Ruanda-Urundi	5
I. Bref historique	5
II. Organisation administrative	9
III. Principes et méthodes de lutte contre la lèpre	10
IV. L'endémie lépreuse au Congo belge et au Ruanda-Urundi en 1955 et l'organisation du traitement ..	13
V. Programme	19
VI. Les moyens financiers	21
CHAPITRE II. Réponses des léproseries du Congo belge et du Ruanda-Urundi au questionnaire transmis par l'Ordre Souverain et Militaire de Malte à l'Organisation du Congrès international pour la Défense et la Réhabilitation sociale du Lépreux (Rome, du 16 au 18 avril 1956)	24
CHAPITRE III. Congrès international pour la Défense et la Réhabilitation sociale du Lépreux, organisé à Rome du 16 au 18 avril 1956 par l'Ordre Souverain et Militaire de Malte	40
ANNEXE I. Recommandations du Congrès de Rome	51
ANNEXE II. Allocution prononcée par le Souverain Pontife ..	52
BIBLIOGRAPHIE DES TRAVAUX CONSACRÉS A LA LÈPRE ET PARUS EN BELGIQUE ET AU CONGO BELGE (1941-1955).....	57
PLANCHES	<i>in fine</i>

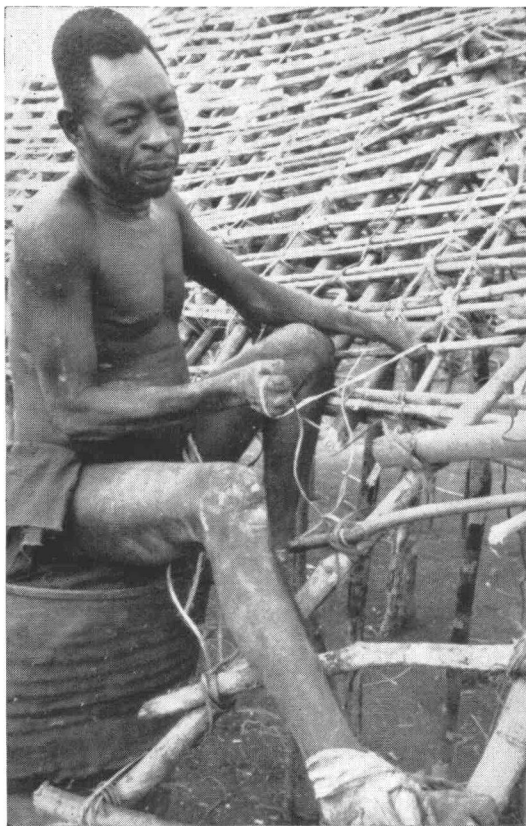


FIG. 1. — Lépreux grand mutilé construisant sa maison (Paulis-Uele).

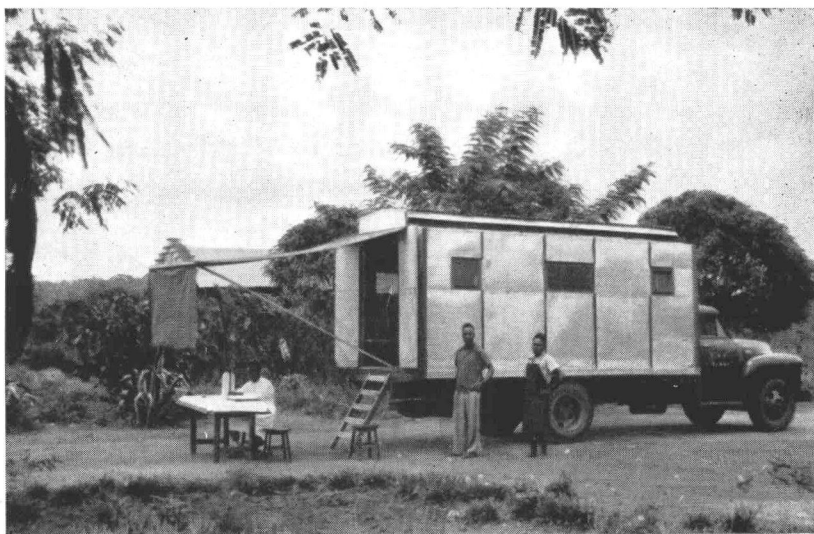


FIG. 2. — Camion dispensaire antilépreux des circonscriptions indigènes du Territoire de WAMBA (Haut-Uele).



FIG. 3. — Léproserie de Pawa (Croix-Rouge du Congo). Pavillon chirurgical.



FIG. 4. — Léproserie de Pawa (Croix-Rouge du Congo). Dispensaire.



FIG. 19. — Léproserie de Mosango (FORÉAMI). Pavillon d'hospitalisation.



FIG. 20. — Léproserie de Mosango (FORÉAMI). Maison pour lépreux.



FIG. 17. — Léprouserie de Yonda (Pères du Sacré-Cœur). Leçon de tricot et de couture.

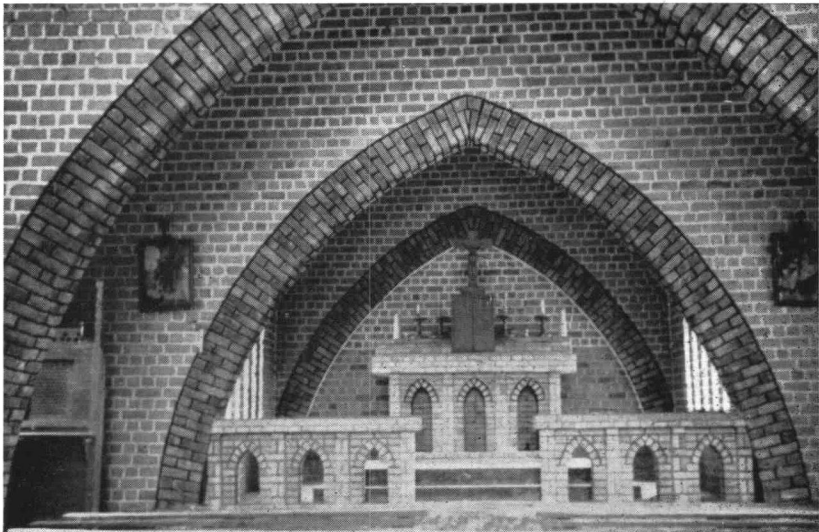


FIG. 18. — Léprouserie de Loango-Luvungu (Bas-Congo). Chapelle construite par les malades.

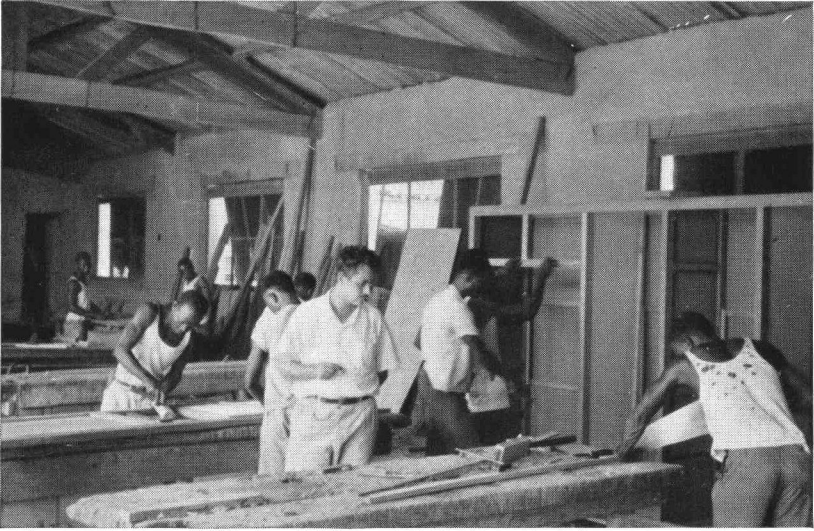


FIG. 15. — Léproserie de Yonda (Pères du Sacré-Cœur). Menuiserie. Réadaptation professionnelle.

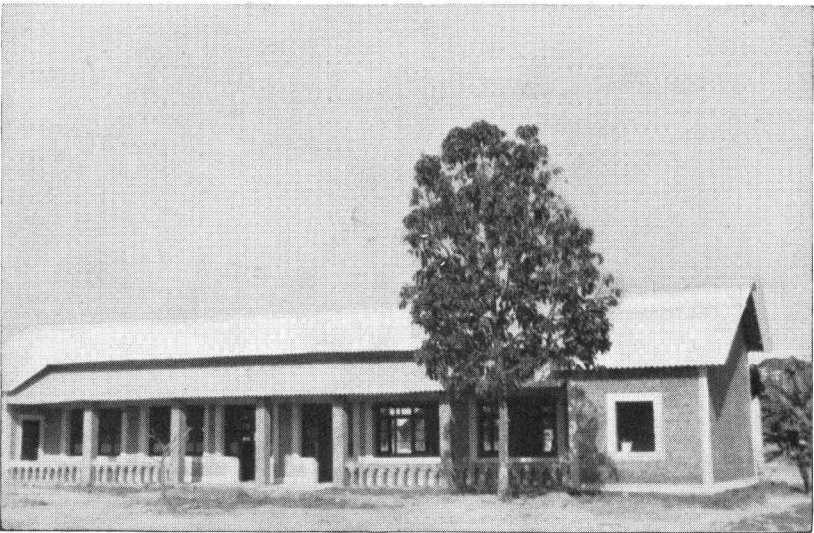


FIG. 16. — Léproserie de Yonda (Pères du Sacré-Cœur). Ouvroir pour femmes.

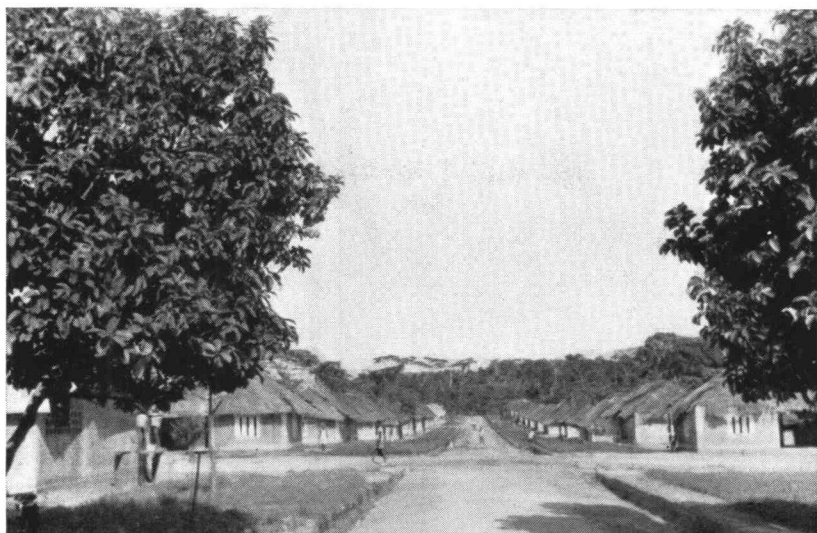


FIG. 13. — Léproserie de Yonda (Pères du Sacré-Cœur). Une avenue.



FIG. 14. — Léproserie de Yonda (Pères du Sacré-Cœur). Maisons pour malades.

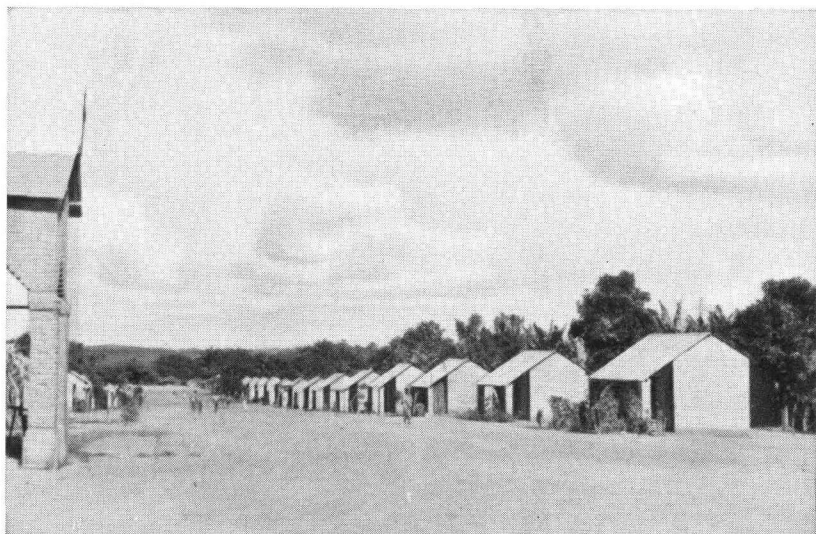


FIG. 11. — Léproserie de Sona Bata (Lovanium). Vue générale.

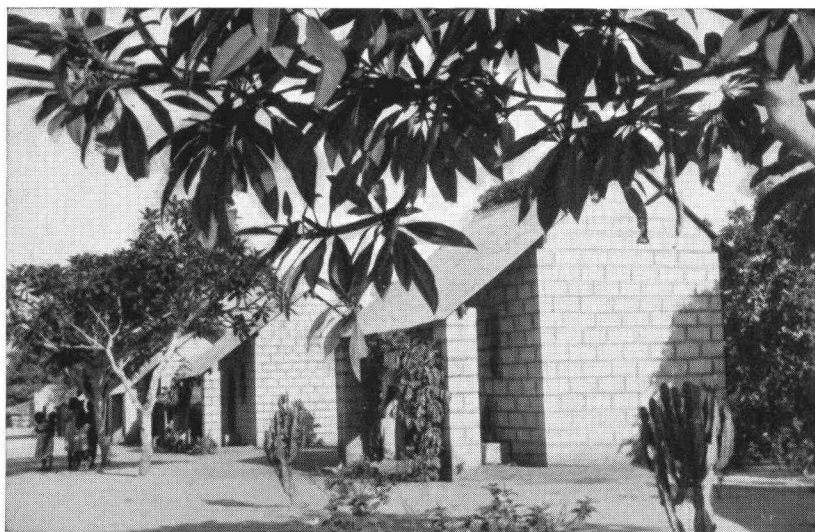


FIG. 12. — Léproserie de Sona Bata (Lovanium). Maisons pour malades.



FIG. 9. — Léproserie de Baringa (Congo Balolo Mission). Atelier de menuiserie. Réadaptation professionnelle.

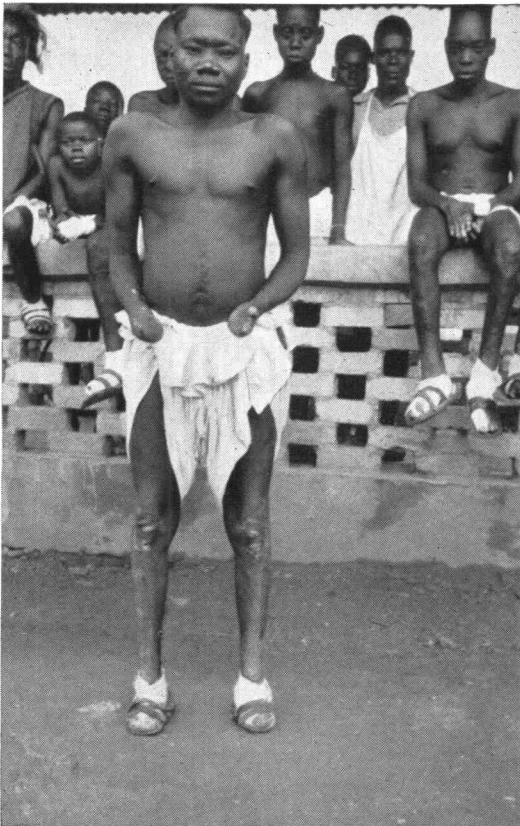


FIG. 10. — Lépreux mutilé.

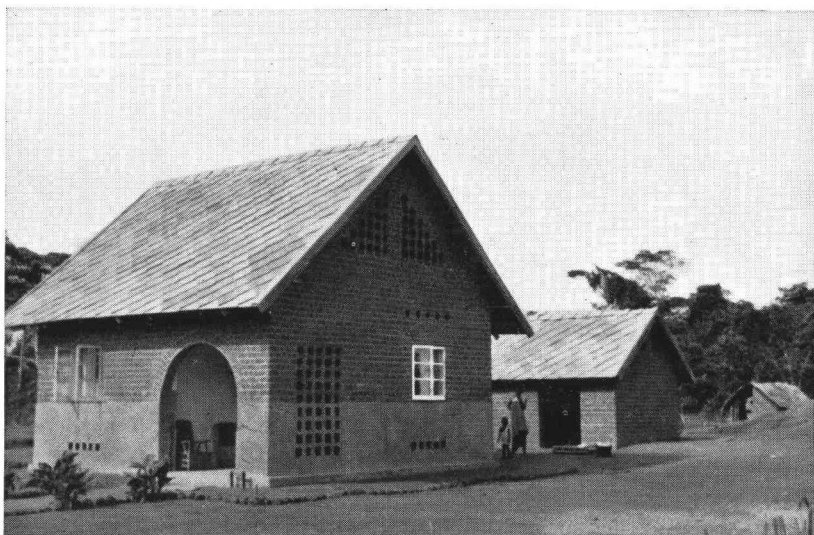


FIG. 7. — Léproserie de Baringa (Congo Balolo Mission). Maison pour infirmier.



FIG. 8. — Léproserie de Baringa (Congo Balolo Mission). Pavillon d'hospitalisation.



FIG. 5. — Léproserie de Pawa (Croix-Rouge du Congo). Maisons pour malades.

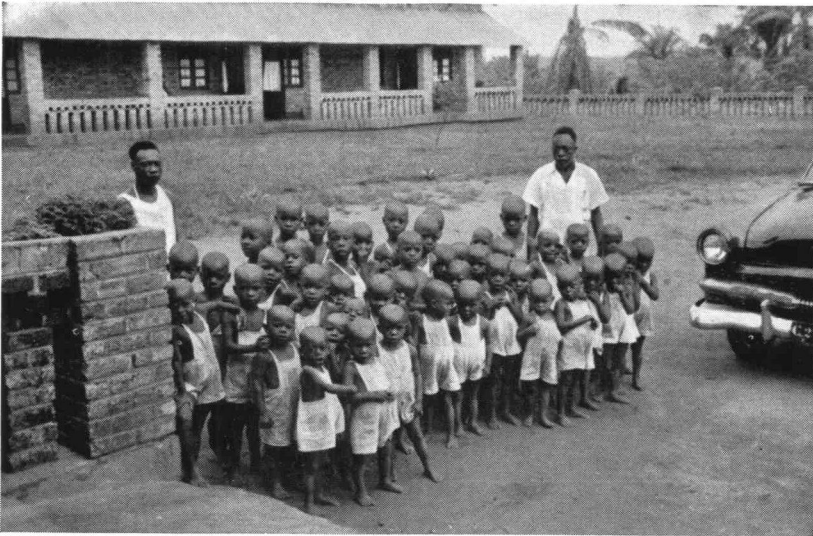


FIG. 6. — Léproserie de Pawa (Croix-Rouge du Congo). Groupe d'enfants de l'internat, isolés, dès la naissance, de leurs parents lépreux.



