

## 6 LA LÈPRE EN NOUVELLE-CALÉDONIE ET DÉPENDANCES

DR. E. RAGUSIN

*Le Directeur de l'Institut "Gaston Bourret"*  
*Nouméa, Nouvelle Calédonie*

### HISTORIQUE

Une croyance, née sans doute d'une observation superficielle, veut que la lèpre ait été introduite en Nouvelle-Calédonie, vers 1866, par un chinois. En réalité, la maladie avait été signalée longtemps auparavant, mais elle devait être très localisée. On ne comprendrait pas d'ailleurs pourquoi ces îles auraient été, dans le Pacifique, les seules épargnées par la lèpre, alors que les travaux des ethnologues montrent que des relations maritimes ont existé entre les îles de la Polynésie et de la Mélanésie depuis des temps très reculés.

Quoi qu'il en soit, les tribus de la côte Est de la Grande-Terre (Nouvelle-Calédonie proprement dite) semblent avoir été contaminées après la révolte indigène de 1878, par les lépreux ignorés venant de la côte Ouest et qui s'étaient mêlés à ces tribus. Mais les premiers cas de lèpre, signalés officiellement, en 1883, furent quatre néo-hebridais. En 1889 on signala le premier blanc atteint. En 1892 on en connaissait 37.

L'Administration se préoccupa dès 1889 de prescrire des mesures d'isolement, mais, pour des raisons multiples, et après deux essais malheureux de léproserie dans une île (île Belep, 1893-1898; île aux Chèvres, 1898-1918) la lutte méthodique contre la lèpre ne fût vraiment entreprise qu'en 1911, par le Docteur A. Leboeuf, Médecin des Troupes coloniales.

Celui-ci se consacra au dépistage systématique dans toutes les tribus de la Grande-Terre et des Îles Loyauté. On eut ainsi, pour la première fois, une notion précise de l'endémie lépreuse, ce qui permit à Leboeuf d'établir en 1913 un plan de lutte qui est encore en vigueur dans ses grandes lignes. C'est également en 1913 que fût créé l'Institut de Microbiologie, siège du Service Central de la Lèpre, à Nouméa.

En 1918 la léproserie de l'île aux Chèvres fût supprimée et remplacée par le sanatorium de la presqu'île de Ducos, près de Nouméa. En 1932, une convention fût passée avec les Soeurs de St-Joseph de Cluny, et depuis 1933 ces précieuses et dévouées Infirmières donnent leurs soins aux malades de Ducos.

## ÉVOLUTION DE L'ENDÉMIE LÉPREUSE

La première statistique précise a été celle de Leboeuf en 1911-12. Il trouvait 1000 indigènes (soit 4% de la population en Grande-Terre, et 3% aux Iles Loyauté) et 154 blanc. Par la suite, le dépistage périodique dans les tribus, ainsi que le dépistage moins précis des européens, a permis de tenir la statistique à jour. Je ne citerai que quelques chiffres pouvant servir de points de repère.

<i>Années</i>	<i>Dépistés</i>	<i>Décès</i>	<i>Européens</i>	<i>Indigènes</i>	<i>Total</i>
1916	77	86	172	713	885
1920	80	92	157	659	816
1925	138	69	148	569	717
1930	40	88	97	553	650
1935	....	....	111	477	588
1941	45	51	125	939	1064
1945	83	49	132	882	1014
1950	40	55	140	935	1075

Les variations des nombres précédents sont dues pour la majeure part à la plus ou moins grande activité du dépistage. Ils ne reflètent pas les fluctuations réelles de l'endémie. La population de la Nouvelle-Calédonie est de 22,000 Européens, 32,000 Indigènes, et 6,000 immigrants asiatiques.

L'histoire détaillée de la lèpre en Nouvelle-Calédonie montre qu'il y a eu une phase véritablement épidémique, qui a duré une vingtaine d'années, à la fin du siècle dernier et jusque dans les premières années du présent siècle. Durant cette période, la contagiosité de la maladie et la rapidité de son évolution paraissent avoir été grandes; la mortalité était élevée. Puis, comme dans toute épidémie, le déclin est arrivé; l'endémie a persisté seule, avec des variations dont nous n'avons qu'une idée très imparfaite. Les survivants, guéris au cours de l'épidémie, devaient être partiellement immunisés (allergique). Ils ont probablement contribué, par des voies inconnues, à répandre autour d'eux une prémunition analogue à celle de l'endémie tuberculeuse.

## ÉTAT PRÉSENT DE L'ENDÉMIE LÉPREUSE

Son extension est entravée aussi bien par les mesures prophylactiques que par la diffusion déjà ancienne du microbe qui a entraîné un certain degré de prémunition. Ce qui prouve que cette prémunition existe c'est que chez l'indigène, où la maladie est plus ancienne et beaucoup plus répandue que chez l'européen,<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Européens: Ce terme désigne presque exclusivement les blancs ou métis nés ou arrivés très jeunes en Nouvelle-Calédonie.

les formes nerveuses allergiques sont deux fois plus nombreuses que les formes lépromateuses. Chez le blanc c'est exactement l'inverse. On trouve en effet, 316 lépromateux indigènes contre 607 nerveux allergiques, et 100 lépromateux européens contre 40 allergiques seulement. Or, en 1912, les formes lépromateuses étaient beaucoup plus nombreuses chez les indigènes (Iles Loyauté). Une prémunition relative s'est donc lentement développée chez eux.

Pour être exact, il faut ajouter aux 923 lépreux indigènes précédents 12 lépreux asiatiques contagieux (travailleurs immigrés), ce qui redonne 935 comme au tableau ci-dessus. Les lépreux indigènes se répartissent comme suit: Nouvelle-Calédonie (Grande-Terre), 558; Iles Loyauté, 365; 3 pour cent de la population indigène.

Tous les cas contagieux (316) sont isolés dans les léproseries: 178 sur la Grande-Terre, 138 aux Iles Loyauté. Les non-contagieux sont presque tous dans leurs tribus depuis quelques années. Les 140 lépreux européens se trouvent tous sur la Grande-Terre; parmi les 100 contagieux, 85 sont isolés à Ducos, 15 sont isolés à domicile. Les 12 lépreux asiatiques, tous contagieux, sont également isolés à Ducos.

La répartition des cas de lèpre sur le Territoire de la Colonie est assez uniforme. Il n'y a pas de région nettement plus touchée sauf, peut être, l'extrême Nord de la grande île où le dépistage est très difficile.

La majorité des cas dépistés concernent de grands enfants, des adolescents ou de jeunes adultes. Presque toujours la maladie remonte à plusieurs années, même lorsqu'il s'agit d'enfants plus jeunes. Ceci est une cause importante d'insuccès, au moins relatifs, dans le traitement. Mais cet état de chose n'est pas particulier à la Nouvelle-Calédonie, et n'est que le résultat des anciennes méthodes de prophylaxie, plutôt policières que médicales, qui faisaient fuir le malade dans tous les pays à lèpre. Nous essayons prudemment d'appliquer des mesures plus humaines en Nouvelle-Calédonie tout en éduquant l'opinion publique. Car en Nouvelle-Calédonie la lèpre est encore considérée par les européens comme une maladie honteuse, tandis que l'indigène y est plutôt indifférent. Ajoutons à cette attitude l'insouciance de la contagion de la part des uns et des autres, lorsque c'est un membre de la famille qui est lépreux, et nous connaissons les causes principales du dépistage tardif et de la persistance de la lèpre.

## NOS MOYENS DE LUTTE

(A) *Règlements sur la lèpre.*—Ils comprennent des décrets ministériels et des arrêtés locaux. Ce sont des textes très complets qui ont pour but de faire respecter les mesures suivantes: Dépistage systématique des lépreux indigènes par la visite périodique des tribus, soit par les médecins des circonscriptions médicales soit par l'un des médecins spécialistes de l'Institut Bourret. Dépistage des autres lépreux (européens, asiatiques or indigènes) par: visite des employés indigènes à Nouméa; visite des candidats aux emplois administratifs; visite médicale scolaire; visite (au besoin obligatoire) des européens suspects. Isolement obligatoire des contagieux en léproserie ou, exceptionnellement, à domicile. Surveillance trimestrielle ou semestrielle des "contacts" (sujets apparemment sains ayant vécu au contact d'un malade, partiquement: membres de la famille ou domestique). Surveillance des suspects et des lépreux "guéris." Traitement et contrôle périodique de ce traitement.

(B) *Organisation du Service de la Lèpre.*—(1) Un organe directeur et centralisateur: l'Institut de Microbiologie Gaston Bourret<sup>2</sup> à Nouméa ayant à sa tête un médecin des troupes coloniales diplômé de l'Institut Pasteur, et placé directement sous l'autorité du directeur du Service de Santé de la Nouvelle-Calédonie. Un médecin-adjoint, également diplômé de l'Institut Pasteur, est en principe affecté à ce laboratoire pour pratiquer principalement des tournées de dépistage en brousse. Le directeur de l'Institut de Microbiologie prescrit les mesures d'isolement et contrôle les traitements. A l'Institut Gaston Bourret se trouve un double fichier, alphabétique et géographique, ainsi qu'une liste d'inscription chronologique de tous les lépreux dépistés ou décédés. Cela permet d'établir la statistique annuelle. Cet organisme central est, en liaison directe:

(2) Pour le dépistage, avec les médecins des circonscriptions, le Bureau Municipal d'Hygiène, l'Inspection médicale des Ecoles, les médecins des troupes et les praticiens civils. Réception des fiches cliniques, des prélèvements, visite ou contre-visite des suspects.

(3) Pour l'isolement et le traitement, avec les léproseries.

(a) Le Sanatorium de Ducos. Le directeur de l'Institut Bourret est en même temps médecin-chef (et médecin traitant)

---

<sup>2</sup> Son autre rôle, aussi important matériellement, est l'exécution de toutes les analyses bactériologiques, serologiques et anatomopathologiques pour la Colonie et, éventuellement, pour les possessions françaises voisines.

du sanatorium. Le personnel de Ducos comprend, en outre: un administrateur-comptable, cinq soeurs infirmières (six sont prévues), des indigènes ou asiatiques (cuisiniers, plantons, gardiens).

Le sanatorium est situé au bord de la mer dans une presqu'île, à 7 km. de Nouméa. Les malades—actuellement 85 européens, 12 asiatiques et 115 indigènes—sont répartis dans deux villages mais ont la jouissance de la moitié de la presqu'île, soit plusieurs dizaines d'hectares. Le village européen (et asiatique) et le village indigène sont situés chacun dans une vallée. Entre les deux, sur une crête, se trouvent les logements du personnel.

Chaque village possède une infirmerie de 14 à 22 lits. Celle des européens a, en plus, une salle d'opération et recevra bientôt l'appareil de radiographie offert par le Lepers' Trust Board de Nouvelle Zélande qui est toujours si généreux pour nos malades. Dans chaque village se trouve une cuisine centrale, mais les malades qui veulent préparer eux-mêmes leurs repas peuvent le faire. C'est le cas, notamment, des mariés qui ont toujours une habitation particulière. Un certain nombre de malades sont payés comme ouvriers par l'Administration pour l'entretien et l'embellissement du sanatorium.

Les distractions des malades sont variées: appareils de radiophonie individuels, phonos, photographie, sports et jeux divers, lectures, parties de pêche, séances de cinéma offertes par le Croix-Rouge deux fois par mois. Le confort et l'agrément de cet établissement ont été très améliorés depuis quelques années et ne cessent de l'être encore. Le résultat est que les malades dépités, qui auparavant essayaient de se dérober à l'isolement à Ducos, s'y rendent maintenant volontiers.

(b) Des villages agricoles spéciaux pour lépreux indigènes complètent le Sanatorium de Ducos. Il en reste deux sur la Grande-Terre: Maina, vers le Nord (59 malades), et Kananou, au Centre (13 malades). Tous deux sont sur la côte Est. Les Iles Loyauté en possèdent quatre: Oné à Ouvéa (18 malades), Chila à Lifou (70 malades), Boné (75 malades) et Betcéda (25 malades) à Maré.

Ces villages agricoles, où l'isolement est moins sérieux qu'à Ducos, ont été maintenus pour des raisons d'économie (la journée d'entretien d'un malade y est de 18 frs. contre 61 frs. à Ducos) et pour des raisons politiques, les malades de certaines tribus préférant être isolés de chez eux. Il est probable, cependant, que dans les années à venir tous les lépreux de la Grande-Terre seront groupés à Ducos.

(C) *Traitement de la lèpre.*—Nous avons commencé à utiliser les sulfones, principalement promin et diasone, en Février 1948, à Ducos. Depuis la fin de 1949 l'emploi de diasone a été étendu aux villages spéciaux et à d'autres malades non contagieux. Nous avons également essayé, sur une plus petite

échelle, sulphetrone et son équivalent français cimédone. C'est le promin qui paraît le mieux supporté.

La posologie employée pour ces divers médicaments a été la posologie habituelle: Promin, injections quotidiennes de 2 gr. puis de 5 gr., avec une semaine de repos tous les 15 jours. Diasone, 1, 2, puis 3 comprimés par jour et pendant 3 semaines par mois.

Après quelques mois d'inquiétude où je redoutais des effets toxiques j'ai dû reconnaître que presque tous les malades étaient améliorés. En moyenne, l'amélioration est nette après 6 mois. Les 3 premiers mois sont pénibles; il y a une adaptation du malade au médicament: petits troubles digestifs, lassitude, anémie moyenne (hémoglobine passe de 80 à 60 p.100). A partir du 3ème mois tous les malades se sentent mieux et leur moral s'en ressent aussitôt.

Pour la surveillance du traitement, le sang des malades est examiné (hémoglobine et formule leucocytaire) tous les mois au début du traitement sulfone, puis tous les deux mois. L'albuminurie est recherchée une fois par mois. Le mucus nasal est examiné tous les trois mois. Toutes autres analyses bactériologiques ou chimiques sont faites à l'Institut Gaston Bourret ou au Laboratoire de chimie de l'Hôpital, selon les besoins.

Du point de vue cutané-maqueux ce sont les lésions endonasales qui sont améliorées les premières. Voici, en résumé, les résultats des premiers cas traités:

(a) Dans les formes lépromateuses pures ou prédominantes avec nombreux bacilles de Hansen, 180 malades, presque tous très avancés, ont été traités à Ducos, 10 autres à domicile. Il y a disparition des bacilles dans 50 p.100 des cas après 6 mois, dans 74 p.100 après un an et demi. Cette disparition est précédée par la raréfaction et par la transformation granuleuse des bacilles. Amélioration parfois spectaculaire des lésions externes et, dans 90 p.100 des cas, amélioration de l'état général.

Bonne tolérance des sulfones sauf poussées cutanées allergiques dans 35 p.100 des cas, et un moins grand nombre de cas d'anémie légère facilement curable par le protoxalate de fer. Le plus souvent même, cette anémie des premiers mois, disparaît toute seule en 2 à 3 mois avec l'amélioration de l'état général.

Nous avons eu une guérison clinique qui se maintient depuis plus de deux ans. Ce malade est sorti de Ducos en October 1950. Trois autres "guérisons" se maintiennent depuis un an et demi. Une dizaine d'autres sont déjà en perspective.

(b) Dans les formes nerveuses, presque toutes stabilisées (sequelles de formes primitivement lépromateuses) résultat encore incertain. Mais on obtient la cicatrisation des ulcères trophiques. Une forme nerveuse dont le début remontait à quelques mois (névrite cubitale) a été très améliorée après un an de traitement au promin.

(c) Dans les formes tuberculoïdes, deux cas traités et améliorés, dont un se maintient "guéri" depuis deux ans et demi avec trois ans de traitement par diasone.

Il faut insister sur le fait que presque tous les malades traités à Ducos avaient des formes anciennes et graves. Il est donc permis de penser que si les sulfones étaient administrées plus précocement nous aurions un bien meilleur résultat.

L'huile de chaulmoogra, sous différentes formes, est peu à peu réemployée, compte tenu de la répugnance des malades et sert de traitement de fond. J'ai notamment, été satisfait de l'huile iodée dont je dois la formule à l'obligeance de le Dr. C. J. Austin, de Makogai.

Les traitements adjuvants sont les suivants: vitamines B<sub>1</sub> et C, à fortes doses (0.020 gr. à 0.100 B<sub>1</sub>; 0.50 gr. de C) tous les trimestres ou en cas de réaction lépromateuse; vitamine D et gluconate de calcium; extraits de foie anti-anémiques; un complexe vitaminique B (B<sub>1</sub>, riboflavine, acide pantothénique, nicotylamide, B<sub>6</sub>, le "Becozyme Roche"), associé aux très hautes doses de vitamine B<sub>1</sub> (0.300g.) en injections quotidiennes a donné de bons résultats dans les névrites et les névralgies. Quelques essais de traitement de Charpy (vitamine D dosés à 15 mg.) sont en cours depuis six mois et sont assez prometteurs.

Une dizaine de maux perforants plantaires ont été traités par des infiltrations péri-fémorales de novocaïne suivies d'injection intra-artérielle de mercurochrome, deux séances par semaine, quatre à six séances au total. Les résultats ont été assez beaux mais ne sont pas maintenus. Il faudra recourir aux infiltrations du sympathique lombaire.

#### SORTIES DES LÉPROSERIES; SUPPRESSION DE L'ISOLEMENT

Lorsque le mucus nasal examiné tous les trois mois s'est montré sans bacille de Hansen pendant deux ans, et lorsqu'il n'y a plus de signes cliniques et biologiques d'évolution, les malades peuvent quitter l'établissement. Ils ne sont plus isolés, même à domicile. Ils continuent, néanmoins, à être traités et surveillés toute leur vie.

La possibilité pour eux d'exercer un métier, afin de ne plus être une charge pour la collectivité, pose un problème délicat mais dont la solution devient nécessaire. Cette solution doit être possible dans un "climat" psychologique nouveau de la population néo-calédonienne vis à vis des lépreux, "climat" que la Service de Santé favorise de tous ses efforts.

Des organisations charitables apportent leur généraux concours à l'administration dans ce combat contre la maladie. Ce sont: La Croix-Rouge française en Nouvelle-Calédonie, Le

Comité de Lutte contre la Lèpre en Nouvelle-Calédonie et même, de Nouvelle Zéalande, Le Lepers' Trust Board, qui par leurs dons améliorent les conditions d'existence des hanséniens.

\* \* \* \* \*

*En résumé* le problème de la lèpre en Nouvelle-Calédonie date d'une soixantaine d'années. Les mesures prises jusqu'à présent n'ont pas réussi à faire nettement reculer l'endémie. Elles l'ont du moins empêché de s'étendre.

Mais il faut faire mieux. Un hôpital moderne, qui remplacera les infirmeries actuelles, sera prochainement construit à Ducos. Il contribuera, avec l'emploi des sulfones, à faire du sanatorium un établissement de cure qui attirera les malades.

D'autres mesures viennent d'être proposées aux autorités responsables: isolement des formes "indéterminées," des non-contagieux en évolution, amélioration du dépistage, etc.

Lorsque, à ces mesures plus efficaces et plus libérales à la fois, s'ajouteront les effets d'une propagande intelligente et de l'éducation des jeunes par les instituteurs, la lèpre commencera à disparaître de la Nouvelle-Calédonie.

532 ABSTRACT

Leprosy was introduced into New Caledonia earlier than is generally supposed, but it long remained very localized. The tribes of the east coast of New Caledonia itself were apparently contaminated, by infected persons from the west coast, after the native revolt in 1878; but the first officially recognized cases, in 1883, were four from the New Hebrides. The first case in a European was recorded in 1889.

The first efforts at segregation were made in 1889, but a methodical effort at control was started only in 1911, by Leboeuf. In 1913 he established a central leprosy service at the Institut de Microbiologie, in Nouméa, and the Ducos sanatorium was opened in 1918.

Statistics presented show an increase of known cases from 885 cases in 1916 (713 in natives, 172 in Europeans), to 1,075 in 1950 (923 in natives, 140 in Europeans, and 12 in Asiatics), in a population of 32,000 natives, 22,000 Europeans, and 6,000 Asiatics, the prevalence among the natives being 3 per cent. There seems to have been an epidemic period of about 20 years around the turn of the century, when contagiousity and evolution of the disease and mortality were high, whereas now the situation is one of endemicity and partial immunity. In the natives the allergic neural forms are twice as numerous as the lepromatous; among the Europeans, however, 100 of the 140 are of the contagious forms. Distribution on the whole is quite uniform. Most of the cases found are older children, adolescents, or young adults. Most of them have had the disease for years when found.

More humane control measures than in the past are now being attempted. Almost all of the noncontagious natives are living among their

tribes. The 316 contagious cases are isolated. The main leprosarium is the Ducos Sanitarium, near Nouméa, which consists of two separate villages, one for the 85 whites who are segregated—15 being isolated at home—and the 12 Asiatics, the other for natives; the facilities are described. Elsewhere there are 6 agricultural villages, 2 on Grand-Terre (59 and 13 cases), and 4 in the Loyalty Islands (total of 188 cases, ranging from 18 to 75).

Although chaulmoogra is still used in treatment, sulfones have been employed since early 1948, mostly promin and diasone, of which the former seems best tolerated. The results mentioned include disappearance of the bacilli in 50 per cent of the 180 lepromatous cases after 6 months, and in 74 per cent in 1½ years. Patients are released after they are cleared up clinically and have been bacteriologically negative for two years. Proposals for the future include the construction of a modern hospital at Ducos to replace the present infirmaries, isolation of active cases of the indeterminate forms, and education of the public.