

Extermination scientifique de la lèpre au Japon, par les Docteurs B. et H. DUPERRAT. *Pour la recherche médicale française, Paris, 1957.*

Depuis les années 1895 où les premiers abris pour lépreux furent créés par les Pères français des Missions étrangères, dont le plus célèbre fut le P. Testewuide, universellement vénéré au Japon, la lutte antilépreuse a évolué par étapes, aboutissant peu à peu à des résultats admirables, témoignant d'un effort constant à la fois scientifique et social.

La première loi de Prévention et de traitement de la lèpre date de 1907. A cette époque, les îles du Soleil Levant comptaient un nombre important de hanséniens. Ce nombre est évidemment impossible à fixer. On s'accorde à penser qu'il fut aux environs de 100 000 (la population était à cette époque de 45 millions d'habitants). Mais sur ces 100 000 lépreux, 23 000 seulement étaient détectés.

Or, en 1956, où la population est de 87 millions, on admet que le nombre total des malades est de 15 000. Sur ces 15 000 malades, 12 000 sont en léproserie, les 3000 autres étant suivis régulièrement (malades considérés comme guéris). Quant aux cas ignorés, ils sont certainement rarissimes et beaucoup de médecins nippons nous ont déclaré n'avoir jamais eu l'occasion d'en dépister dans leur clientèle de médecine générale.

De tels résultats sont absolument extraordinaires pour plusieurs raisons : 1° Du fait de l'extrême densité de population des îles, facteur qui favorise au premier chef la dissémination des bacilles; 2° Du fait du bas niveau de vie de certaines provinces, la misère physiologique faisant le lit de la lèpre; 3° Du fait surtout des immenses privations dues aux événements de la deuxième guerre mondiale.

* * *

Comment de tels résultats furent-ils acquis ?

Ils furent acquis par la conjonction de quatre facteurs primordiaux : 1° L'extrême discipline du peuple japonais; 2° La volonté inébranlable des pouvoirs publics de réduire le fléau; 3° Les recherches scientifiques et leur application pratique; 4° La réalisation de vastes sanatoria nationaux.

I. *L'extrême discipline du peuple japonais.*

Il n'est pas besoin d'insister sur ce point. Visitant plusieurs des grandes léproseries, nous avons vu des sujets qui y vivaient depuis de nombreuses années, séparés de leur famille, ne manifestant aucune volonté de quitter le sanatorium, se pliant aux règlements — d'ailleurs humains — qui les régissent. Dans les grandes salles d'attente des dispensaires, les malades sont assis, silencieux, se présentant avec confiance au médecin qui est toujours leur ami.

Les traitements les plus longs sont reçus avec une imperturbable patience. Les cures de promine comportant parfois 1500 à 2000 injections I.V. Jamais on ne vit un patient refuser une piqûre.

II. *La volonté inébranlable des pouvoirs publics de réduire le fléau.*

Celle-ci fut formulée par une série de lois organisant d'abord cinq puis onze grandes léproseries nationales. Actuellement le mécanisme administratif est parfaitement au point. Il dépend de la *Tofu Kyokai*, organisation officielle dont le D^r HAMANO est le président extrêmement actif.

Parmi les lois de prévention sociale, certaines furent adoptées grâce à des circonstances morales et religieuses particulières au Japon. Telle la loi de stérilisation des lépreux mâles contagieux (1915-1916).

III. *La recherche scientifique.*

La recherche scientifique a reçu de la part des Japonais une impulsion énorme en matière de lèpre. Qu'il nous suffise de citer, immédiatement après le nom du découvreur du bacille, le Norvégien Armauer Hansen, celui du découvreur de la lépromine-réaction, MITSUDA. C'est le plus grand nom parmi les léprologues vivants. Nous avons reçu de lui un inoubliable accueil dans le cadre pittoresque de l'île de Nagashima, devenue un immense sanatorium. La vie de MITSUDA reflète l'histoire de la lèpre depuis cinquante ans.

... Cependant les nombreux chercheurs japonais ont, récemment, tourné leur attention sur la bactériologie rénovée par le microscope électronique, sur la lèpre murine, sur les recherches expérimentales, sur les sulfones. Toutes les léproseries possèdent plusieurs grands laboratoires, permettant des travaux bactériologiques, anatomiques et chimiques très complets. Ainsi à Kyoto, il y en a à la Faculté autant qu'il y a de Laboratoires. Bien plus, chaque service ou chaque sanatorium dispose librement de l'appareil et du technicien pendant un jour donné de la semaine.

Le nombre relativement élevé des travailleurs permet une production scientifique originale et variée dont témoignent les index de l'*International Journal of Leprosy*, et des divers journaux nippons spécialisés. Cette recherche n'est nullement l'apanage des léproseries. Dans les deux grands centres dermatologiques universitaires que nous

eûmes l'occasion de visiter : celui de Tokyo (Professeur KITAMURA) et celui de Kyoto (Professeur YAMAMOTO), nous avons pu consulter l'impressionnante liste des travaux léprologiques. Il en est de même dans toutes les universités. Qu'il nous suffise de citer, par exemple, le laboratoire de Tanimura et Nishimura à Osaka. Ces travaux, avon-nous dit, ont de multiples orientations : cultures des diverses souches de bacilles, tentatives d'inoculation à l'animal, étude de la structure inframicroscopique des bâtonnets. Etude chimique portant sur les tissus lépreux et sur les humeurs des malades, études anatomo-pathologique, études thérapeutiques.

Citons à ce sujet les impeccables travaux concernant la distribution de la promine dans l'organisme des rats et sa concentration organe par organe.

IV. *Les grands sanatoria nationaux.*

Actuellement il existe 11 léproseries nationales comportant 12.500 lits. Nous avons visité en détail trois d'entre elles. Celle de Zensho, à quelques kilomètres de Tokyo dirigée par le très actif D^r Yoshinobu HAHASHI, dont les travaux sont célèbres; celle de Suruga au pied du Fuji, et enfin celle de Nagashima, dans la mer Intérieure, dirigée par le professeur MITSUDA lui-même.

Ces léproseries sont de véritables petites villes. Prenons pour exemple Zensho : elle couvre 97 ares (près de 120 hectares), comporte 253 bâtiments, 1570 malades, 20 médecins, 200 employés. Étant donné la longueur du séjour des patients, qui n'est jamais inférieur à plusieurs années, tout est organisé pour la vie en communauté : depuis les infirmeries jusqu'à la « Mairie », les temples bouddhistes, les chapelles chrétiennes, les écoles, les salles de délassement et de jeux, les terrains de sports, la ferme. Les grands malades sont dans les infirmeries, en salle commune ou en chambres. Les malades blanchis et les stabilisés ont des cottages privés où ils jouissent d'une entière liberté.

Le traitement est fait avec une extrême minutie : La « feuille d'observation » de chaque malade est un registre de trente à cinquante pages. On note l'état à l'entrée : état cutané, muqueux, dentaire, oculaire, nerveux, général. Les éruptions et les troubles sensitifs sont annotés, grâce à des schémas-standard. On peut dire sans exagération que les téguments sont scrutés centimètre par centimètre. Dès lors, des annotations sont faites chaque jour, toutes les interventions, piqûres, etc... étant inscrites sans exception. Tous les trois mois au début, tous les six mois plus tard, une revision générale est faite, comme si le malade entraît de nouveau dans l'établissement.

Les traitements de base sont les sulfones depuis 1947 : promine et promizol sont utilisés de façon presque systématique. Cependant certains médecins s'adressent de plus en plus à la diasone, au D.D.S.

et à la D.H.D.S. Les autres produits (TB 1, I.N.H., Cortisone, chaulmoogra) ont des indications moins larges. Mais un autre aspect de la thérapeutique moderne est l'activité plastique et réparatrice. Elle porte aussi bien sur les membres que sur la face, le nez, les maxillaires, les yeux...

The Nurse of Tomorrow, *The New Zealand Nursing Journal*, 1957.

... La formation professionnelle des infirmières doit être assurée par des méthodes pédagogiques valables pour toute autre profession. Pendant de longues années, l'infirmière, particulièrement dans les pays latins, semblait se substituer dans sa mission aux sœurs de charité. Ce n'est que depuis un certain temps seulement que le corps médical admet que le dévouement et la piété, qualités fondamentales, certes, sont néanmoins insuffisantes pour donner des soins efficaces aux malades. L'hôpital cher à Jacques de Voragine ne peut plus se concevoir dans la société moderne.

De nos jours, l'infirmière, qui est l'intelligente collaboratrice du médecin, voit son rôle s'étendre aux domaines de la prophylaxie, de l'éducation, de la santé et de la rééducation, et les matières qui lui sont enseignées vont des sciences sociales à la pédagogie et de la psychologie à la psychiatrie. Si elle reste sous l'autorité du médecin en ce qui concerne les soins eux-mêmes, elle est devenue, dans le domaine social, une personne de qui l'on attend des suggestions et de l'initiative. Chacun sait que, dans les pays où le service d'infirmières n'est pas bien organisé, la santé publique ne bénéficie pas du progrès des sciences médicales.

Que devons-nous prévoir dans une époque profondément transformée par l'application de nouvelles méthodes de travail ? La société doit s'intéresser à la formation des infirmières autant qu'à celle des autres techniciens et elle doit rechercher les causes de la pénurie de main-d'œuvre qui se remarque dans cette profession.
