

UNE CLASSIFICATION CLINICO- EPIDEMIOLOGIQUE DES FORMES DE LA LÈPRE

PAR

ED. RABELLO ET RABELLO JNR.

Directeur et Expert du Centre International d'Etudes sur la Lèpre. Professeur cathédrique et docent de la Clinique Dermatologique et Syphiligraphique de l'Université du Brésil (Rio de Janeiro).

De la lèpre, plus que de beaucoup d'autres maladies, ce que nous connaissons, à cause principalement des lacunes de son interprétation étio-pathogénique, ne nous permet pas encore d'établir des cadres définitifs où classer ses représentations cliniques, dont quelques-unes d'acquisition récente. Cela donne toujours un caractère provisoire aux classifications proposées, une fois que pour bien classer les phénomènes, il faut en avoir une connaissance suffisante de sa genèse et de sa nature. Pour provisoire qu'elle soit, une classification ne laissera pas d'être utile pour le progrès de nos connaissances, si elle prend note de tout ce qui jusqu'au moment est acquis. Peut être, pourra-t-elle répondre, ce qui semble être le fait pour la lèpre, à un but pratique de codification et permettre l'évaluation et la comparaison des résultats obtenus de différents côtés, dans le champ du diagnostic, de la thérapeutique et de l'épidémiologie, bases actuelles d'un système de prévention.

Il sera facile, de comprendre qu'organisées d'accord avec les possibilités d'un moment plus ou moins reculé, les classifications antérieures dont nous excusons de faire ici l'analyse, quelques unes bien établies pour le temps, seront insuffisantes aujourd'hui au moins du côté de la compréhension des faits actuellement connus.

Pour répondre au but pratique prévu, il serait avantageux qu'une classification des formes de la lèpre, tout en se basant sur des manifestations cliniques, prenne en considération certaines don-

nées d'intérêt épidémiologique. Dans ce but, il faut qu'elle présente au moins une indication des cas de lèpre comme sources de contagion, étant égales ou semblables les autres conditions de transmission, ce qui nous conduira à une classification d'allure clinicoépidémiologique, dont nous semblent évidents les profits d'ordre pratique.

Dans ce même but, la classification de Manilla, par ses idées directrices, par son caractère international et, après tout, par la portée qu'ont eu ses résultats, a certainement constitué un progrès. Cependant, dès les premiers moments et dans les années suivantes, malgré son emploi généralisé et, peut-être à cause de cela, de divers côtés, on a reconnu qu'il faudrait, pour la rendre plus durable, lui apporter des modifications plus ou moins importantes, en raison des lacunes originellement laissées.

Dans cet ordre d'idées, nous pensons qu'un des faits les plus importants a été la division fondamentale en type cutané et type nerveux, bien que la Conférence dès le moment, ait posé comme principe, que tous les cas diagnostiquables étaient mixtes, c'est-à-dire avec participation de la peau et du nerf.

Pour les manifestations présentes du revêtement cutané on a toujours reconnu comme inconvenable, et même beaucoup de fois comme impraticable, une telle discrimination anatomique, parce qu'à la peau, les diverses structures sont trop serrées les unes contre les autres, dans des espaces très limités pour qu'elles soient, d'ordinaire, affectés indépendamment (Jadassohn).

D'autre part la Conférence en proposant des définitions nouvelles et originales des mots cutanés et nerveux, en dehors de la signification littérale de tous compris, a été amenée à des conventions illogiques, en disant que les manifestations de la peau ou du nerf n'allaient pas, dans beaucoup de cas, être, comme telles, nommées d'après leur localisation dans ces organes mais d'après la présence de bacilles, la structure histologique et les variations de l'anesthésie. L'acceptation de ces nouvelles définitions, qui génèrent pour la lèpre, en dehors de ce qui était de tous compris, pour les autres maladies et pour les divers organes, a été la genèse de toute une série de malentendus, dans le classement des faits cliniques, but pratique de la classification proposée.

Un inconvénient, venu de ces conceptions, a été l'inclusion des lésions maculeuses dans le type neural et l'oubli, dans un très grand nombre de cas, du critérium que la même Conférence avait établi, de Glasser par la prédominance des phénomènes, soit cutanés, soit nerveux.

Cette erreur a conduit, en dehors de la source d'imprécision sémiologique, à faire maculeuses toutes les manifestations de la for-

me tuberculoïde, à classer ces cas dans le type nerveux, non obstant la presence de manifestations cutanées, beaucoup plus objectives, de vérification plus facile, beaucoup de fois prédominantes, et avec des alterations nerveuses ou anesthésiques réduites, parfois partielles ou presque nulles. Un autre inconvénient pouvait ressortir de ce fait, l'interprétation fautive de la nature nerveuse des macules ce qui, avec toute certitude, n'était pas dans la pensée de la Conference.

Un autre fait qui est venu compliquer la bonne compréhension de la classification de Manila, c'est la conception insuffisante de l'importance des manifestations tuberculoïdes. Sans doute, elles étaient moires connues à la date et, le moment, était it est vrai, moires de classer que d'étudier ces nouveaux faits, avant de les inclure dans un des deux types établis. Cependant, avant cela et en réponse à des critiques parus, le premier mouvement, jusqu'ici encore poursuivi par d'éminents observateurs, a été de les classer dans le type nerveux. Cette proposition a été faite sans attention à ce que le processus tuberculoïde peut être reconnu indépendamment dans la peau ou dans le nerf, dans un très grand nombre de cas, pendant des mois et des années, en dehors de manifestations des anciennes formes maculo-anesthésique et tubéreuse. Ce fait vient prouver que l'organisme peut presenter dans la peau et dans le nerf à cote des deux processus déjà reconnus par Hansen et Looft, entre autres chercheurs, un troisième, la reaction tuberculoïde, déjà comme telle admise par Jadassohn et Lewandowsky.

Nous jugeons qu'à l'occasion où cette Conference va délibérer avec une plus grande connaissance de la lepre tuberculoïde en we d'en détacher une compréhension plus précise, c'est le moment de placer le début de ces questions et de prétendre, sans idée préconçue, en proposer la resolution. On peut aussi rioter que le critérium de Manila, de considérer nerveux les cas avec predominance de phénomènes nerveux, comme nous avons déjà signalé, n'a pas été dans ce cas suivi à la lettre. D'abord on a propose de classer comme macules un grand nombre de manifestations tuberculoïdes qui ne sont pas du tout des macules et qui, surt'out dans certains cas de reactions tuberculoïdes, sont de vrais et quelquefois de Brands tubercules dans le lens sémiologique du mot.

Pour ce qui touche aux phénomènes d'anesthésie, on wit qu'ils sont d'intensité variables, quelquefois à peine presents encertaines regions de la lesion, quelquefois absents sur toute sa surface. D'autre part on reconnaît que même dans l'Inde, en certaines regions, et dans beaucoup d'autres pays comme les sud-américains, ces lesions tuberculoïdes sont accompagnées le lesions nerveuses manifestes seulement dans un nombre de cas plus ou moins restre-

ints. De ceci on déduit que, dans la lèpre tuberculoïde la lésion cutanée, maculeuse ou non, est la plus constante, souvent cliniquement unique, au moins pour des mois et années, et pourtant un signe beaucoup plus prédominant et caractéristique que les symptômes nerveux appréciables de la lèpre tuberculoïde.

Toutes ces considérations nous conduisent à proposer des modifications dans la classification de Manila en suivant une autre voie. Nous demandons à la Conférence qu'au lieu de rester à fond dans ces mêmes conceptions, de les modifier superficiellement, de restreindre ou élargir ses propositions pour alléger les difficultés, choisir maintenant des altérations plus précises et qui faciliteront, à notre avis, son application pratique et son plus grand essor.

La place est ici, de les proposer, si comme on croit, après une pratique de quelques années, on trouve des inconvénients d'ordre scientifique et pratique qui justifient ces mêmes modifications. Nonobstant dans ce qui va suivre, nous nous efforcerons de démontrer que, tout en proposant ces changements, nous en arrivons, jusqu'à un certain point, tout en profitant des nouvelles acquisitions, à une tradition taxinomique justifiée par un long emploi, et qui découle des anciennes idées de Hansen et Looft, étendues aux nouveaux faits.

Préliminairement nous trouvons avantageux, par les considérations faites ci-dessus, d'appuyer notre essai de classification de préférence sur la conception de formes cliniques, à la place de celle de types morbides à base anatomique. On s'accorde, d'ordinaire, à admettre comme forme clinique d'une maladie un état, ou phase caractérisée par un ensemble symptomatique qui peut demeurer pendant un certain temps, sans subir des changements fondamentaux. Cette conception a d'abord l'avantage de permettre une compréhension dynamique de l'unité morbide, gardant pourtant les avantages, surtout d'ordre diagnostique, apportés par la mise à profit des mutations subies par le terrain. Au lieu de rester dans des tableaux qu'on peut supposer, au moins apparemment, dichotomisés en deux types par des limites anatomiques bien qu'imprécises pour la lèpre et difficilement réalisées dans la peau, on peut rester sur une conception qui est d'assise admise pour toutes les maladies, sans prévoir de nouvelles définitions ou compromis de signification plus ou moins artificielles. Cela ne sera pas en désaccord avec la considération que, malgré ses diverses localisations, la lèpre est une seule maladie et qu'en dehors de la peau, d'autres organes et surtout le système nerveux périphérique, peuvent ou doivent être lésés.

Une classification en vue des phénomènes cutanés y compris les manifestations objectives, même nerveuses, peut d'autre part se justifier par des raisons diverses, comme suit: l'importance clinique

et épidémiologique des lésions cutanées y comprises celles des muqueuses visibles, l'apparence plus objective, beaucoup de fois dominante, de ces lésions qui, plus que dans la syphilis font de la lépre une maladie essentiellement tegumentaire et surtout de la peau. Une maladie comme la lepre, se développant pendant des années et dont les tableaux cliniques tout en présentant des mutations qui peuvent comme en aucune autre, se maintenir, presque sans changement, pendant des mois et des années, présente au point de vue diagnostic des avantages pour la classification en formes cliniques. Pour le but que nous poursuivons dans la lutte contre la lepre, garde évidemment toute son importance, comme celui-ci, tout facteur qui petit faciliter la découverte des cas.

Une classification des formes de la lepre doit avoir une portée pratique de façon à la rendre accessible à tous ceux qui travaillent dans les hopitaux, aux dispensaires et au champ épidémiologique, étant donnée que sous les travailleurs n'ont pas, toujours, une connaissance approfondie de la maladie, ou, sous la main, les données nécessaires à une classification plus compliqué. La simplicité doit être sa qualité première. Il vaut mieux s'abstenir du désir d'une précision, pour le moment impossible à attendre sans pratiquement compliquer le sujet, à la faveur d'un très grand nombre de détails, et d'une représentation symbolique parfois compliquée. Pour cela, à faut qu'elle se maintienne, tant que possible, dans le cadre des grandes divisions primaires et contienne, le moins possible des sous-divisions, pourvu que celles-là apportent des éléments indispensables et nécessaires à un groupement convenable des cas. Une classification minutieuse et précise de tous les faits, sera seulement possible comme dernière étape d'une compréhension scientifique du sujet telle que, les faits déjà bien connus, puissent être dûment catalogues. Malheureusement, nous ne pouvons pas exiger tout ceci de nos connaissances actuelles de la lepre, puisque de ce jour, on venait de connaître des faits nouveaux, même au champ clinique comme les manifestations propres à l'enfance, la lepre tuberculoïde et beaucoup d'autres, grâce aux observations aux préventoriums et l'examen d'un grand nombre de malades non internés. En faveur de Manila, il faut déclarer, cependant que, presque tous ces faits, ont été suffisamment connus après la Conférence, dans ces derniers temps.

D'autre part, on peut compter, au moins dès le moment, avec certains cas atypiques, y inclus quelques formes de passage qui ne peuvent être sûrement classées, faute d'éléments clinico-morphologiques différentiels, parce qu'il est bien posé que, pour la lepre, comme pour d'autres maladies, les alterations structurales histologiques, pas encore dûment développées, ne peuvent avoir une représentation clinique nette. Pour les cas typiques de lépre tuber-

culoïde, cependant, nous sommes presque tous d'accord que, dans la généralité, on peut poser cliniquement le diagnostic ou bien l'admettre avec très peu d'erreurs. A moins qu'on n'allonge, outre mesure, comme on a déjà proposé, la conception de lésion tuberculoïde jusqu'à l'inclusion des macules avec infiltration banale de cellules rondes, sans arrangement folliculaire on peut admettre que seulement dans un nombre relativement petit de cas, ces lésions ne présentent pas de signes clinico-morphologiques qui feront affirmer ou très fortement supposer la nature tuberculoïde, histologiquement démontrable. Ce petit nombre de cas sera difficilement élas-sable, mais nous donnerons plus bas les raisons qui font diminuer de beaucoup l'importance pratique de ces faits dans le système de classification proposé. Dans la syphilis cutanée la même question se pose pour des manifestations qui vont des lésions secondaires histologiquement tuberculoïdes, avec représentation clinico-morphologique habituelle, jusqu'aux lésions tertiaires, lupiques à se méprendre, soit du côté clinique, soit de l'histologique avec, naturellement, tous les cas de passage. Parti de ces exceptions on doit admettre que pour la généralité des manifestations cutanées de la lèpre, il sera possible de poser suffisamment un diagnostic basé sur les données clinico-morphologiques, y compris la recherche de l'anesthésie.

Le but poursuivi pour une classification qui doit surtout se prêter à une application internationale, doit être, que ces données soient tant que possible objectives, d'une appréciation facile, et, heureusement les symptômes plus importants de la lèpre cutanée, même les nerveux comme l'anesthésie et l'atrophie, sont objectifs. De ce fait, on aura réduit, tant qu'on peut, tout ce qui est subjectif ou soumis à une interprétation personnelle.

Pour bien se placer dans le cas, on doit renoncer délibérément, aux combinaisons apprioristiques et à l'organisation de nouveaux *syllabus*, avec des nouvelles définitions, conventions ou compromis, en dehors de ceux déjà admis pour toutes les manifestations tégumentaires et surtout cutanées, afin de ne pas placer la lèpre semiologiquement, comme une maladie à part.

Du moment que la lèpre par ses manifestations à la peau ne sort pas et ne doit pas sembler sortir du cadre de la morphologie générale cutanée on doit, dans une classification rester, autant qu'on peut, sur les fondements qui appartiennent à la sémiologie générale, déjà connus et bien compris de tous les médecins. A notre avis, des qu'on vise une classification que l'on prétend d'une portée internationale, cette voie doit être certainement préférée et nous n'en connaissons, en principe, une autre qui puisse présenter une terminologie plus avantageuse.

Une classification doit, tant que possible, être bâtie sur l'observation clinique et les fondements scientifiques admis à l'époque où elle se présente avec les plus grandes vraisemblances. Elle ne sera de ce fait, immuable dans le temps et, pour la lèpre, ce sera la tâche importante de ces réunions internationales de l'actualiser, d'accord avec les données acquises. On ne doit avoir ni empressement, pour l'innovation pure et simple, ni obstination pour ne pas changer les points de vue qu'après étude et observation raisonnable, on reconnaît plus ou moins en dehors des avancements de nos connaissances. Dans l'espèce, l'exemple a été donné par la classification de Manila qui a fait des modifications fondamentales, qui lui semblaient nécessaires pour mieux comprendre les faits.

Le grand risque d'une classification de la lèpre avec des fondements scientifiques actuels, quelques-uns d'indication moins facile sera la difficulté de son application pratique par les travailleurs au champ épidémiologique. Cela, en principe, ne retire rien de l'avantage doctrinal, d'une telle base de classification, pourvu qu'il soit possible d'en déduire des représentations pratiques de ces idées, qui peuvent conduire à un groupement convenable des cas.

En face des nouvelles acquisitions sur la lèpre et en mettant en profit les recherches des derniers chercheurs et les nôtres dans un très grand matériel, nous sommes portés à admettre qu'on peut trouver au moins provisoirement, les éléments fondamentaux, d'une classification clinique épidémiologique des formes de lèpre à partir des caractéristiques suivantes: —

- 1) - aspect clinico-morphologique des manifestations tégumentaires, inclus les alterations de la sensibilité, surtout objectives;
- 2) - la teneur en bacilles, appréciée par les méthodes ordinaires et aussi du point de vue de la capacité, au moins virtuelle de son émission;
- 3) - la structure histologique des lésions; et
- 4) - le degré de réactivité accusée par le malade devant l'action d'antigènes déterminés.

C'est bien connue l'opinion généralisée que l'aspect morphologique des lésions cutanées est un guide de grande importance pratique pour le diagnostic, bien qu'en soi, seulement, il ne peut avoir une portée égale dans tous les cas. Il est cependant incontestable que dans la lèpre, aide des signes fournis par la recherche de l'anesthésie, il peut avoir, singulièrement, une très grande valeur, parce qu'il est absolument rare que d'autres lésions cutanées soient accompagnées de ces alterations nerveuses. Cela se comprend très faci-

lement pour tous les cas typiques qui sont heureusement la très grande majorité. Pour les cas atypiques et frustes soit au point de vue morphologique soit à celui des perturbations nerveuses, beaucoup moins fréquents, nous pouvons en appeler par la recherche du bacille et, le cas échéant, par l'examen histologique. Il va sans dire que, pour la bonne interprétation diagnostique, doivent être conservées les définitions et significations déjà admises dans la sémiologie générale et dermatologique et interprétées avec propriété les lésions élémentaires cutanées. Dans ce but, on se gardera de dormir par exemple, le nom de macule à des lésions papuleuses et, avec une très grande invraisemblance, aux lésions d'aspect tubéreux de la lèpre tuberculoïde, fréquente surtout à la phase de réaction. Dans ce cas, il sera logique, de ne pas décrire ces lésions comme des léprides maculeuses, mais d'admettre que la lèpre tuberculoïde peut, conformément aux cas, faire des lésions maculeuses, papuleuses, tubéreuses, ce qui nous fera en appeler pour les différencier, dans des cas peu nombreux, à la recherche de la teneur en bacilles ou en dernier ressort à l'examen histologique.

La recherche du bacille conférant un critérium de bactériologie clinique à la connaissance de la lésion, fera poser un diagnostic plus sûr dans beaucoup de cas et, même dans les négatifs, ira permettre une différenciation, si on combine ce signe à d'autres éléments diagnostiques. C'est un critérium d'une très grande importance diagnostique et épidémiologique adopté dans la classification de Manila. D'autre part, nous ne trouvons pas de raison aux critiques apparues qui apportent une négation à son caractère clinique, dès qu'on doit attribuer ce caractère à tous les signes, que comme celui-ci, avec facilité et sans recherches spéciales, on peut recueillir, dans l'examen auprès du malade.

La structure histo-pathologique, qui sera aussi un grand appui à l'essai de classification proposée, a surtout une importance doctrinale moins qu'au point de vue pratique. Il faudrait y avoir recours dans des cas d'espèce et surtout pour la caractérisation précise de certains cas de lèpre tuberculoïde où il y a une atypie clinico-morphologique, surtout pour les cas de passage entre les macules communes et celles tuberculoïdes (les pré-tuberculoïdes), qui ne peuvent avoir encore une expression clinique certaine. Dans la pratique, cependant, et faute d'examen histologique dans le champ épidémiologique, si on ne peut pas poser fermement un diagnostic entre les macules de la forme maculo-anesthésique et celle de la tuberculoïde, ce fait apportera un minimum d'inconvénient, dès que Contes les deux sont très proches, soit comme teneur en bacilles, soit comme réactivité du terrain, et jusqu'à un certain point, comme tendance à la guérison.

Les tests de réactivité du terrain et le degré de cette réactivité recherché par la réaction de Mitsuda, par exemple, ajoute aux indications clinico-morphologiques, bactérioscopiques et histologiques, un élément nouveau. Cet élément a, en dehors des avantages pour la discrimination des formes cliniques, une portée d'ordre dynamique, en vue de la recherche biologique des mutations subies dans la réactivité de l'organisme, spontanément par l'effet de l'évolution de la maladie, ou par les interventions thérapeutiques. Cette dernière possibilité peut donner aux tests une valeur pratique dans la direction du pronostic des cas traités et déjà négatives.

Toutes ces considérations nous amènent à conclure que, dans la pratique, mais basée doctrinalement sur les quatre caractéristiques exposées ci-dessus, l'on pourra faire une discrimination suffisante des cas en s'appuyant sur les symptômes et signes clinico-morphologiques et la teneur en bacilles dans la peau et dans la muqueuse du nez. Pour les cas, relativement peu fréquents et non précisément classables par ces procédés, on ne renoncera pas à la vérification par les deux autres critères, l'histologique et l'immunologique ci-dessus mentionnés.

Un de nous, dans un travail récent, a proposé un schéma qui, à part toutes les limitations déjà exposées, peut donner un résumé des résultats possibles de l'investigation, conduite sur les directives ci-dessus et qui, comme on verra, aura raison de certains cas plus en question pour le diagnostic: —

SCHEMA DIAGNOSTIQUE:

Lésion érythémateuse:

- a) - positive à la bactérioscopie clinique: léprome (diffus, "en nappe).
- b) - négative à la bactérioscopie clinique: lésion tuberculoïde (plane ou érythémateuse).

Lésion achromique:

- a) - positive à la bactérioscopie clinique et avec halo actif érythémateux: léprome achromiant.
- b) - négative à la bactérioscopie clinique et avec halo érythémateux: lésion tuberculoïde.
- c) - négative à la bactérioscopie clinique, sans halo érythémateux actif: lépride maculeuse achromique vraie.

Basé sur ces considérations un de nous (Rabello Jnr.), a présenté il y a quelque temps un essai de classification clinico-épidémiologique des formes de la lèpre dans le quel ont été considérées

quatre formes principales: lépromateuse, maculeuse, tropho-anesthésique et tuberculoïde. (voir le résumé paru dans l'Intern. Jour. of Leprosy Vol. 5. N.° 3) — Dans le présent travail, après revision des anciennes opinions de Hansen et Loft, la mise à profit des apports des recherches nouvelles, incluses celles qui nous sont personnelles (Rabello Jnr., Archivos de Hygiene, Fevrier de 1938) et des opinions émises par les divers léprologistes, nous nous sommes décidés à une modification des propositions antérieures. Dans cette modification, tout en tenant compte de ces opinions, mais en restant fondamentalement dans le plan de nos idées déjà émises, nous présentons une division en trois formes principales: lépromateuse, maculo-anesthésique et tuberculoïde avec sous-division de la forme maculo-anesthésique en maculeuse, tropho-anesthésique et maculo-anesthésique proprement dite.

Dans leur travail fondamental Hansen et Looft avaient déjà pose que dans le lepre, tout en admettant son unite comme maladie, on pouvait distinguer deux processus: un, avec abondance de bacilles, qui pouvait affecter solidairement la peau et le nerf et se caractérisait par des lesions nodulaires que nous appelons aujourd'hui lépromateuse et un autre, dans le même sens propre aussi à la peau et au nerf, mais qui était parvi-bacillaire avec des lésions d'inflammation simple et qui correspondait à la lèpre maculo-anesthésique. Comme on le voit dans leur travail, ils avaient déjà note surtout dans des cas de cette catégorie, les formations épithélioïdes abondantes parfois, mais sans proposer pour elles une interpretation spéciale.

Les premières contributions de Jadassohn sur la lèpre tuberculoïde et les études de Lewandowsky posèrent, après cela, l'existence d'un troisième processus, aussi parvi-bacillaire, quelquefois, même sans bacilles démontrables par les procédés ordinaires et qui se caractérisait par des lésions d'aspect tuberculoïde, qui comme celles déjà citées, pouvait se présenter aussi bien dans la peau que dans le nerf. Ces faits sont aujourd'hui généralement admis, on le peut dire, sans contestation et viennent compléter et justifier un des fondements scientifiques et doctrinaux de la classification proposée, en développant, d'autre part, l'idée de Hansen et Looft.

Comme on sait les lesions anatomo-pathologiques admises par ces léprologues correspondaient cliniquement aux tableaux symptomatiques primordiaux, le tubéreux ou nodulaire et la maculo-anesthésique, comme ils proposaient de le nommer. Cette division a prévalu d'une façon presque universelle pendant de nombreuses années, jusqu'à la Conference de Manila et de ce fait on peut admettre qu'aujourd'hui, il ne serait pas révolutionnaire de proposer une classification qui d'elle aurait la raison, De son côté, pour la

lépre tuberculoïde, dès son avènement, avec Jadassohn, prédomine l'idée qu'elle présente, en dehors de certains faits de passage dont nous avons déjà parlé, en proposant une explication raisonnable, des représentations clinico-morphologiques spéciales, qui la font reconnaissable de ce fait.

Cette concordance entre les processus anatomo-pathologiques, la teneur en bacilles et la clinique serait déjà un argument pour signifier logiquement la portée de notre essai de classifications. Mais la façon et le degré de réactivité accusée par le malade, étudié par les tests cutanés et, le cas échéant, par des réactions sérologiques comme celle de Witebsky-Klingenstein-Kuhn, nous apportera un fondement immunologique d'une très haute importance en faveur de la conception doctrinale proposée. Il faut compter en faveur de ce dernier fondement la signification qui en découle pour la lèpre, maladie qui, on peut dire, dépend, peut être comme aucune autre, moins de la force du germe que de la réactivité de l'organisme, ce qui revient à mettre en valeur le rôle développé par la disposition. Comme nous en avons déjà dit, le critérium immunologique donnera un caractère dynamique et une base biologique à la classification des formes cliniques, étant connu le rôle de l'immunité et de l'allergie dans la mutation des tableaux symptomatiques et pourtant des formes cliniques. D'autre part, on voit que les progrès récents nous ont conduit à une extension et à une adaptation des critères de Hansen et Looft aux nouvelles conditions créées par l'observation et la recherche, en combinaison avec les autres critères ci-dessus adoptés.

On peut donc conclure, que les processus pathogéniques, conduisent comme une de nous l'a déjà reconnu dans un très récent travail (Archie. Hygiene, Février, 1938), toute la symptomatologie de la lèpre à trois formes cliniques principales. Dans notre schéma antérieurement publié (reproduit dans *Int. Journ. of Leprosy*), nous avions admissibles quatre formes parce que nos recherches à ce temps ne permettaient pas de nous décider à réunir les "formes" tropho-anesthésique et maculeuses. Basé, maintenant sur des recherches terminées il y a quelques mois, nous proposons d'admettre ces deux tableaux symptomatiques comme deux épisodes du même processus pathogénique. De ce fait, sans nous éloigner des caractéristiques de notre schéma antérieur, nous classons les symptômes tropho-anesthésiques et maculeux, comme correspondant à des variétés cliniques d'une seule forme, la maculo-anesthésique.

En résumé, nos derniers travaux nous ont démontré que, soit des côtés clinique, anatomo-pathologique, bactérioscopique ou immunologique, critères scientifiques généraux que nous avons ado-

ptés, on ne peut pas distinguer des différences sensibles entre lepre tropho-anesthésique et lèpre maculeuse. Cette sous-division se justifie cependant si on se rappelle que chacun des tableaux cliniques peut se présenter isolé pendant un temps plus ou moins long, ou s'associer pour constituer la forme maculo-anesthésique proprement dite. D'autre part, par l'examen des caractéristiques de notre schéma actuel, plus bas résumé, on se rend compte que l'expression "maculo-anesthésique" a beaucoup gagné en précision. En nous éloignant de la conception du type neural selon Manila, nous avons en effet éliminé de notre forme maculo-anesthésique non seulement les lésions lépromateuses des nerfs, admises dans les différentes combinaisons de C et N, comme aussi détaché du type neural les lésions tuberculoides de la peau et du nerf. Dans notre schéma actuel nous considérons aussi le problème des cas "mixtes" sous un jour nouveau puisque, pour nous, les vrais cas "mixtes", ou peut-être mieux, complexes, ne résulteront pas de la combinaison, toute éventuelle, des lésions de la peau et du nerf, soumises au même processus pathogénique, mais plutôt de l'association de lésions et symptômes subordonnés, effectivement, à des modalités réactionnelles différentes.

Void, en conséquence, une vue d'ensemble de notre schéma de classification avec les modifications imposées par nos recherches plus récentes:

Forme lépromateuse (L): — Correspond à l'ancienne "tubéreuse", elle réunit dans la peau, la muqueuse et les nerfs, etc., les diverses déterminations bacillifères plus ou moins infiltratives de la maladie.

Bactérioscopie clinique (c'est-à-dire l'examen direct par scarification et frotis sur lame); bacilles en grande quantité. Histologie pathologique; infiltration massive, histiocytes parasités plus ou moins abondants ou léprocytes de Virchow. Immunologie; cuti-réaction de Mitsuda négative dans 90%, sero-réaction de Witebsky très positive dans 90%. Epidémiologie: cas très bacillifère dans la peau et dans le mucus nasal (70%) haut coefficient de contagiosité.

Forme maculo-anesthésique (MA): Prise dans son acception classique, réunit dans la peau, les nerfs, etc., tous les symptômes qui obéissent au processus parvi-cellulaire et parvi-bacillaire. Cette forme peut, avec des avantages pratiques, être subdivisée en variétés cliniques: maculeuse simple, tropho-anesthésique et maculoanesthésique proprement dite, lorsqu'on observe simultanément des symptômes cutanés et trophiques.

Variété maculeuse (M) : — Au lieu (pro-parte) de l'ancienne "maculo-anesthésique" réunit les lésions à érythème fugace et dyschromie terminée. Bactérioscopie clinique; absence ou rareté de bacilles. Histologie pathologique: infiltration chronique en foyers

parvi-cellulaires (banal ou pré-tuberculoïde). Immunologie: Mitsuda positive dans 70%. Witebsky fortement positive dans 20%. Epidémiologie, cas beaucoup moins bacillifères que dans la forme lépromateusé, surtout pour ce qui a trait aux lésions de la peau; Mucus nasal positif dans près de 5%, moindre coefficient de contagiosité.

Variété tropho-anesthésique (A) : --- Réunit les déterminations qui accusent cliniquement l'existence d'altérations importantes dans les troncs nerveux, surtout trophiques, qui sont les plus évidentes. Ici, nous incluons aussi les lésions bulleuses dont la pathogénie n'est pas encore bien éclaircie, mais qui en général se présentent intimement relationnées avec les perturbations nerveuses ayant la valeur de symptômes tropho-neurotiques. Pour plus de détail, voici les principaux symptômes de cette variété de la maladie: 1) - amyotrophie, 2) - camptodactylie, 3) - main en griffe, 4) - panaris analgésique, 5) - mal perforant, 6) - réabsorption des phalanges avec mutilations, 7) - ulcérations trophiques, 8) - bulles. Histologie pathologique: la biopsie des troncs nerveux révèle l'existence d'inflammation parvi-cellulaire et parvi-bacillaire, éritériement analogue à celle vérifiées dans les lésions cutanées de la variété maculeuse. Immunologie: Mitsuda positif dans près de 70%. Witebsky très positif dans 65%. Epidémiologie: bacilles généralement absents même dans les lésions ouvertes (sauf dans les cas secondaires). Bacilles dans la muqueuse nasale avec intermittance dans près de 20% des cas, donc contagiosité relativement restreinte.

Forme tuberculoïde (T) doit comprendre:

— les léprides cutanés tuberculoïdes qui ne sont pas accompagnées de névrites des nerfs afférents:

— les léprides associés aux névrites des nerfs afférents et à d'autres lésions tropho-neurotiques quel. dans ce cas. obéissent au processus tuberculoïde;

— les névromes tuberculoïdes des grands troncs nerveux périphériques associés ou non aux lésions cutanées.

Les caractéristiques générales de la forme tuberculoïde peuvent être ainsi résumés: bactérioscopie clinique: absence de bacilles soit dans les lésions cutanées, soit dans le produit de la ponction des névromes. Histologie pathologique: les différents types de structure tuberculoïde. Immunologie: Mitsuda très positif dans 90% (fréquemment avec nécrobiose). Witebsky négatif dans près de 70%. Epidémiologie: contagiosité minime, comparable à celle de la syphilis tertiaire, mucus nasal négatif dans près de 100% des cas.

En conclusion, on peut se rendre compte que nous sommes restés en principe, sur des critères déjà classiques, depuis long-

temps admis, seulement avec l'apport de son extension à des faits nouveaux. L'essentiel, c'était que dans cette adaptation, la classification tout en restant simple et d'interprétation facile, on prenait garde de ne pas sacrifier les nouvelles acquisitions au profit de ce qui était ancien. Dans ce but, on peut vérifier que si nous conservons les critères de Hansen et Looft, en les élargissant et les adaptant nous en avons ajouté d'autres, qui comme la teneur en bacilles et la recherche de la résistance du terrain s'accordent avec des pratiques déjà suivies et appuyées dans les acquisitions récentes. D'autre part, nous n'oublions pas qu'il restera des questions secondaires ou complémentaires à titre examinées et tant que possible résolues par la présente Conférence. Un de ces points sera la recherche d'une méthode d'évaluation du degré de bénignité ou de gravité des cas, sans oublier l'avantage de l'adoption d'un procédé plus objectif de vérification, qui soit d'une application et d'une interprétation Internationale plus sûre.

Sur tous ces points et sur d'autres détails, nous admettons la possibilité de la collaboration d'un de nous, présent à la Conférence pour l'explication de nos idées, éventuellement mal comprises ou insuffisamment exposées.

R É S U M É

1) - Pour les recherches sur la lèpre et l'application à la prophylaxie qui en découle, il y a tout avantage à établir une classification clinique et épidémiologique.

2) - Dans ce but, la classification de Manila, par la portée de ses résultats et son caractère international a été un progrès. Il est incontestable aussi que les acquisitions nouvelles ont conduit à la nécessité de modifications plus ou moins profondes, selon l'avis des chercheurs.

3) - Une forme clinique est ordinairement définie comme un état ou phase d'une maladie caractérisée par un ensemble symptomatique qui peut demeurer pendant un certain temps, sans subir de changements fondamentaux. Cette conception permet la compréhension de l'unité morbide à côté des avantages, surtout d'ordre diagnostic, apportés par la connaissance des mutations subies par l'organisme sous l'action du germe.

4) - Une classification des formes cliniques de la lèpre doit avoir une portée pratique, de façon à la rendre accessible à tous ceux qui travaillent à l'hôpital, aux dispensaires et au champ épidémiologique. Elle doit se baser surtout sur des données cliniques autant que possible objectives, d'une compréhension facile, en dehors le plus possible de tout ce qui est subjectif ou soumis à l'interprétation personnelle.

5) - Une telle classification doit être basée sur des fondements taxinomiques déjà internationalement connus, comme ceux qui proviennent de la sérologie générale. Bien compris par tous les médecins. L'on évite, ainsi, qu'à chaque proposition de classification, l'on soit forcé de présenter un nouveau syllabus, avec de nouvelles définitions, conventions ou compromis.

6) - Une classification clinique et épidémiologique doit être, autant que possible établie sur une base scientifique, pourvu que ses fondements, puissent avoir une expression pratique, qui facilite un groupement convenable des cas,

7) - Pour la lèpre, on peut admettre comme base scientifique d'une telle classification, l'aspect clinico-morphologique des lésions, la teneur en bacilles, la structure histologique et le degré de réactivité accusée par le malade à des antigènes déterminés.

8) - Dans ce travail, nous avons cherché à démontrer que la base doctrinale de la classification des formes de lèpre, étant établie selon le cadre ci-dessus, il est possible dans la pratique de faire une discrimination des cas basée sur l'aspect clinico-morphologique des lésions et la présence des bacilles.

9) - D'accord avec la méthode ci-dessus, un de nous a déjà proposé un essai de classification en quatre formes principales. En prenant note d'une part des anciennes opinions de Hansen et Looft, de nos recherches nouvelles, surtout dans ces derniers temps, des opinions émises par les divers lèprologues, nous nous sommes maintenant décidés pour une modification de ce schéma, qui tout en tenant compte de ces opinions, reste fondamentalement dans le plan de nos idées antérieures. Ce schéma peut être comme ceci: trois formes cliniques principales: lépromateuse, maculo-anesthésique et tuberculoïde, avec une sous-division de la deuxième en maculeuse, tropho-anesthésique et maculo-avartésique proprement dite.