

# LÈPRE TUBERCULOÏDE

## MANIFESTATIONS CLINIQUES

**Par le Docteur JOAQUIM MOTTA**

Membre titulaire de l'Académie de Médecine. Libre docent à l'Université de Rio de Janeiro. Assistant à la Clinique Dermatologique (Prof. Ed. Rabello)

La notion de la lèpre tuberculoïde, qui avait d'abord un intérêt purement spéculatif, a acquis, depuis quelques années une grande importance, non seulement parce qu'il a été possible de constater l'existence de manifestations cutanées caractéristiques et même inconnues jusqu'alors, mais aussi parce que la fréquence de telles formes est devenue de plus en plus grande et arrive à figurer dans quelques régions avec un pourcentage de 10 à 20% du total des cas.

Bien qu'elle ait été signalée par différents auteurs et particulièrement par Klingmüller et Jadassohn depuis 1898, l'on peut dire que ce fut seulement après la 3e. Conférence Internationale de la Lèpre en 1923, à Strasbourg, que cette question a commencé à éveiller l'intérêt et à être soigneusement examinée. Avec la publication des premiers cas, la discussion suscitée par ce sujet n'alla pas au delà d'une controverse relative à la possibilité qu'avait la lèpre de provoquer des réactions tissulaires du type tuberculoïde, la plupart des esprits ayant encore l'idée enracinée que ce type réactionnel est peculiaire et exdusif de la tuberculose. La controverse tournait ainsi autour d'une question purement doctrinaire, la signification endémiologique et pathologique du fait, échappant complètement à l'analyse des investigateurs et l'observation de la symptomatologie de sa représentation clinique n'éveillant pas une grande attention.

Avec la conférence de Strasbourg, les doutes relatifs à l'existence, dans la lèpre, de réaction tissulaire du type tuberculoïde, ne furent plus si irréductibles, mais même ainsi, quelques léprologues éminents n'acceptèrent que sous réserve le fait nouveau, et, pour expliquer la formation de telles lésions, non signalées par les auteurs classiques, quelques uns émirent l'idée d'une association avec la tuberculose ou la syphilis.

L'observation relative à la lèpre tuberculoïde prit corps, toutefois, dans ces dernières années et si bien même, que cette question est définitivement jugée et indiscutable; la lèpre provoque dans la peau et aussi dans les nerfs et dans les viscères, des lésions de structure tuberculoïde, quelque fois même franchement folliculaire, l'aspect des manifestations dermatologiques, correspondant presque toujours à peu près aux divers types d'affections cutanées comprises dans le groupe des tuberculoïdes.

Il reste donc seulement comme point susceptible de discussion et d'éclaircissements plus complets, le mécanisme étio-pathogénique de sa formation, sujet qui serait étudié au cours de cette conférence par notre distingué collègue et compagnon de travail, le Dr. Rabello Jnr. Le Dr. Hildebrando Portugal, un autre de nos compagnons, non moins compétent, s'est chargé d'étudier la lèpre tuberculoïde, au point de vue histologique de façon qu'il ne nous reste plus qu'à faire une étude des aspects cliniques sous lesquels est observée dans notre pays cette modalité particulière de la maladie, travail qui nous est facilité par le grand nombre de cas que nous avons pu observer, cas qui se chiffrent déjà à une centaine, si fréquente est son occurrence dans notre ville.

Nous signalerons ainsi l'aspect dont se revêtent les manifestations cutanées de la lèpre tuberculoïde et les atteintes de nerfs, ainsi nommés, dans les quels les alterations tissulaires correspondent à ce type réactionnel.

Dans la peau, la tuberculose constitue quelquefois une surprise de biopsie, parce qu'il s'agit souvent d'une éruption d'aspect banal, ainsi qu'il s'est produit dans l'un des premiers cas publiés, celui de Klingmüller, où cliniquement, la maladie se présentait seulement sous forme de taches érythémato-pigmentaires, tout à fait semblables aux lésions communes.

Nous avons pu observer plusieurs cas où l'éruption avait cet aspect ou encore celui de lésions simplement achromiques ou érythémateuses planes ou légèrement infiltrées, dont l'apparence ne permettait pas du tout de soupçonner qu'elles possédaient une structure histologique autre que celle que l'on rencontre d'habitude dans des cas pareils.

Toutefois il nous semble qu'ils sont plus nombreux les cas où l'examen clinique, par lui même nous permet déjà par la simple inspection d'affirmer la nature des alterations histologiques. De tels cas, dont la connaissance est à notre avis du plus grande interest pratique, sont frequemment observes parmi nous, et les léprologues et dermatologues brésiliens sont tenement familiarises avec eux, qu'ils sont capables à premiere vue d'établir avec precision le diagnostic anatomoclinique du type éruptif. Ce fait, en raison de la signification épidémiologique de ces formes et son prognostic bénin, acquiert une appreciable portée utilitaire.

Tout de suite après la conference de Strasbourg, on commença à observer fréquemment dans notre vine les cas de lepre tuberculoide.

Comme la tuberculose cutanée, soit sous ces formes typiques et virulentes, soit sous ces formes atténuées, dites tuberculides, est de rare observation parmi nous, tandis que la lepre se présente avec un indite endémique éleve, nous n'avons pas hésité à admettre tout de suite les conclusions de la monographie que Darier a presentee à cette Conference.

"les manifestations cutanées de la lepre comprennent:

1.° - des lesions de structure caracteristique, très riches en bacilles (lépromes, morphee, ulceres).

2.°) - des lesions dites trophiques (pemphigus lepreux, atrophie etc..).

3.°) - des taches erythemato-pigmentées anesthésiques, qui ont une structure d'infiltration cellulaire banale et qui renferment des bacilles peu nombreux; on les appelle leprides."

"Parmi ces léprides, ou à côté d'elles, il y a lieu de faire place à des taches de *structure tuberculoide* ne contenant que des bacilles très rares."

"Enes peuvent se presenter sous deux aspects cliniques: a) - celui de taches erythémateuses-anesthésiques, planes et lisses, dont rien ne fait prévoir la structure tuberculoide (cas de Klingmüller); b) - celui de taches ou *placards lupoides* (cas de Jadassohn, de Pautrier, de Boez et de nous-mêmes)".

Dans ce second cas oia l'aspect clinique des lesions pourrait permettre une confusion avec des manifestations de la tuberculose cutanée atténuées ou avec les eruptions de nature syphilitique, Darier lui même nous indique quels sont les signs capables de permettre le diagnostic exact: les lesions sont anesthésiques ou hypoesthésiques; soumises à la vitro-pression, ses elements ne presentent pas la même translucidite qui se voit dans le lupus tuberculeux; l'évolution des placards bien que chronique et insidieuse, est moins chronique que relies du lupus de Willian ou lupus vulgaire, represente par des tache *lupus excédens*, ni l'atrophie scléreuse, comme dans le lupus plan

érythématoïde; elks ne disparaissent pas par le traitement spécifique, même intense et prolongé.

Des premières observations publiées, it a été possible de cataloguer tout de suite deux types eliniques bien définis. Dans le premier, qui correspond au cas de Jadassohn les lésions ressemblent à celles du lupus d e Willan ou lupus vulgaire, représenté par des tâches multiples, planes ou légèrement saillantes, dont quelques unes sont bordées, molles, présentant une coloration jaunâtre par la vitro-pression. Le second type ressemble, comme le signale le prof. Lutz, aux infiltrations des lupoides miliaires de Boeck et correspond aux cas aujourd'hui classiques, de Darier et Pautrier, et Boez, les lésions représentées, dans le premier de ces cas par les placards nettement circonscrits, de contour géographique, de coloration rosejaunâtre, avec le centre lisse ou légèrement granuleux et finement squameux; 'les bords des lésions sont légèrement saillants et constitués par l'agrégation d'élévations planes et molles; par la vitro-pression, on ne constate pas la translucidité de couleur "sucre d'orge" caractéristique du lupus tuberculeux. Dans le cas de Pautrier et Boez les lésions présentaient un aspect presque identique; grand placard nettement limité d'un contour vaguement polycyclique sur quelques points et sur d'autres circinées; la plaque, dans toute son extension, se distingue parfaitement de la peau sake par sa couleur claire, café-au-lait et parait s'élever légèrement sur la peau qui l'entoure; la partie centrale est d'une couleur gris clair; l'épiderme a l'aspect chagriné, it est convert de fines écailles furfuracées; le placard donne au toucher, sur toute son extension, une sensation d'infiltration moyenne; les bords de la lésion ont une coloration franchement érythémateuse, rouge violacée, qui s'étend insensiblement vers le centre; ils sont sailants et turgescents; sur quelques points du contour on remarque des nodules isolés, de la dimension d'un grain de plomb, de couleur rougeâtre, vaguement lupiforme.

De ces premiers cas, et d'autres postérieurement publiés, où la maladie reproduisait l'aspect du "lichen scrofulosorum" du "granulome annulaire", des "sarcoïdes hypodermiques", ressort, sans parler de l'identité structurale, 'la ressemblance de l'aspect clinique, entre les modalités de la lépre tuberculoïde et les dermatoses du groupe des tuberculides, dont elle reproduit les différents types, confirmant ce que Ehlers disait d'une façon pittoresque à la Conference de Berlin: "la tuberculose, la syphilis et la lépre sent trois soeurs jumelles, l'une plus laide que l'autre, mais se ressemblant comme it convient aux membres d'une même famille".

Nous avons eu d'abord pour cela, naturellement, une tendance justifiée à chercher à voir dans les modalités cliniques de la lépre tuberculoïde, les divers types de tuberculides connues, préoccupés

de pouvoir les calquer sur les syndromes correspondants de ce groupe de dermatoses.

L'observation, maintenant longue, du sujet, nous montre toutefois que la lepre ne reproduit pas toujours exactement les divers aspects morphologiques des tuberculides. Il est vrai cependant que la tuberculose elle-meme, d'abord l'unique responsable des affections dermatologiques de ce groupe, ne realise pas toujours des types parfaitement définis; on y observe communément des cas difficiles à classer dans telle ou telle variété et qui représentent certainement des formes intermédiaires ou transitoires.

A ce propos, nous pourrions citer quelques cas de recente publication parmi lesquels ceux de Pautrier et de Zorn, oh. les lésions étaient intermédiaires entre le lupus érythémateux et le "lupus pernio", ceux de Gougerot et Burnier, Gougerot et Cartaux, classifiés lupus érythémateux, et dans lesquels les lésions avaient en partie l'aspect du lupus de Cazenave et celui des sarcoides de Boeck; un cas de Ravaut, dans lequel certaines lésions représentaient les types intermédiaires entre le lupus pernio et les tuberculides papulo-nécrotiques. On pourrait encore citer des cas plus récents, publiés l'année passée, tels que celui de Gougerot et d'Et. Lortat-Jacob relatif à un lupus willanique avec erytheme violacé, micro-nodulaire; celui de Gougerot, Burnier et Mayer-Heine, correspondant à une forme de transition entre le lupus et la tuberculose ulcero-végétante; un autre de Gougerot et Et. Lortat-Jacob, clans le quel les lésions du lupus pernio se mélangeaient avec des grains lupiques et des formations verruqueuses. On pourrait encore rappeler le polymorphisme du granulome annulaire récemment mis en Evidence par Steiner et l'opinion de Kissmeyer qui, en étudiant l'étiologie de cette affection, la rapproche du lupus pernio et des lupoïdes de Boeck, pour constituer le groupe des reactions sarcoides. Darier lui-même, créateur du groupe et qui a propose une classification clinique des divers types, reconnaît l'existence de formes intermédiaires et de véritables transformations, ajoutant qu'il nest pas rare d'observer des cas de dermatoses, des mains, par exemple, qui pourraient titre indifféremment classées, lupus pernio, folliclis ou lupus érythémateux. "une seule chose est certaine", disait l'auteur, "c'est qu'il s'agit d'une tuberculide".

Ce serait donc forcer l'observation réelle, que de chercher à établir des paralleles entre les multiples aspects sous les quels se présentent dans la clinique des lésions cutanees tuberculoïdes de la lepre et les syndromes dermatologiques du groupe des tuberculides. Il faut cependant, remarquer que, malgré cela, ainsi qu'il arrive avec ces dernières, les dermatologues experimentes se trouvent actuellement en condition de pouvoir prononcer avec certitude le diagnostic

de " lépre tuberculoïde", oar le simple examen clinique, saui dans les cas antérieurement signalés oïl la structure histologique correspond a une lépride d'aspect banal.

Dans de tels cas, l'aspect de l'éruption s'éloigne complètement de l'éruption lépromateuse sous n'importe la quelle de ses multiples variétés et assume une physionomie clinique particulière, très variable, it est orai, mais qui garde toujours un cachet spécial et typique qû il n'est pas facile de définir dune façon précise. Ici, com-me it arrive pour la tuberculose, nous nous voyons obliges de nous servir de termes imprecis, mais bien compris par tous les dermatologues et rious disons seulement que la lésion présente un aspect "sarcoïdique " ou un aspect " lupoiide", dormant à ces expressions une signification purement clinique qui couvre des types morphologiques très différents, mais qui présentent quelque chose de commun qui leur donne des liens évidents d'intime parenté.

En dehors de l'aspect dermatologique que nous allons étudier la structure histologique, la pauvreté ou l'absence de germes dans les lésions et les réactions immunologiques, d'autres particularités d'ordre clinique caractérisent la forme tuberculoïde de la lépre.

La non-existence de telles lesions avec éruption de type lépromateux, est un fait généralement admis, et quoique quelques observations consignent cette éventualité, il nous semble qu'elle ne peut être constatée qu'exceptionnellement, car dans aucun des nombreux cas que nous aeons eu l'occasion d'examiner, il nous a été donné d'observer simultanément des lésions tuberculoïdes à côté des lépromes. Des manifestations nerveuses se rencontrent toutefois fréquement et it n'est pas rare que nous ayons constaté des atrophies musculaires, ds rétractions des tendons. etc., co'-existant avec un placard lupoiide. Le fait signalé possède une signification du plus haut intérêt pour l'interprétation de la forme tuberculoïde et sert à une juste classification de ce type clinique, en plus qu'elle mostre que le facteur terrain, pour des conditions immunologiques spéciales et peut être d'autres inhérentes au propre germe, représentent un role important dans leur etio-pathogénie.

On doit remarquer cependant que quelques auteurs, comme Hodara et Kirle, ont signalé des exceptions à cette règle, et que, parmi nous, Argemiro de Souza a recueilli deux observations de ce genre.

La transformation des lésions tuberculoïdes en lésions lepromateuses est une occurrence enrégistrée aussi exceptionnellement, bien que Rabello Junior prête à la réaction tuberculoïde um caractere essentiellement provisoire, conduisant le malade insuffisamment traité, aux-formes tubereuses florescentes. Argemiro de Souza, que nous

avons cite plus haul, admet aussi cette possibilité, appuyant son opinion sur des observations personnelles.

Un autre caractere clinique à signaler est la relative bénignité des lesions, et les léprogues brésiliens reconnaissent la docilité, avec laquelle ces manifestations cèdent à l'emploi des preparacions chaulmoogriques, administrées, soit par voie musculaire, soit principalement par injections intradermiques. Les cas observes par nous sont déjà nombreux, dans lesquels it nous a été possible de faire disparaltre en peu de mois, sans laisser de vestiges, des grands placards lupoides, exception faite des perturbacions de sensibilité qui persistent avec peu ou pas d'altération clans les zones ou existait le placard.

Avant d'entrer dans la description des aspects cliniques de la lèpre tuberculoide, it convient de rappeler légèrement la fréquence avec laquelle se produit parmi nous cette forme clinique de la maladie. Il est difficile d'établir un pourcentage exact en relation avec la totalité des cas, principalement parce qu'en quelques Etats du pays, il a été difficile d'effectuer un recensement parfait. Dans la ville de Rio de Janeiro, toutefois, an les malades de lépre sont presque tous connus et fichés, on peut établir une relation approximative entre les cas de lèpre tuberculoide connus et le total des malades enregistrés, ce qui nous permet d'évaluer sa fréquence entre 10 et 15% ce qui represente un pourcentage assez eleve. Malheureusement, nous ne disposons pas encore de données sur la fréquence dans les divers foyers endémiques du pays, de façon à pouvoir tirer quelque conclusion en ce qui concerne la signification épidémiologique de ces formes et à pouvoir confirmer la première impression, basée sur des notions étiopathogéniques, que de telles formes représentant des réactions de defense et de plus grande résistance de l'organisme infectonné, doivent être d'autant plus frequentes que le foyer endémique est plus ancien.

Peut être ceci, plus qu'une influence de race, doit prévaloir plus ou moios dans de tels cas, car, contrairement à ce qu'il semblait aux premiers observateurs, la lèpre tuberculoide nest pas — à Rio de Janeiro du moios, plus frequente parmi les individus de race colorée.

Naturellement, tout d'abord, la plus grande partie des cas publiés se manifestait chez des individus de race noire vu jaune, parce que chez les peuples de ces races, de Afrique t le l'Asie, la maladie existe avec un indite endémique plus élevé. Dans notre ville, cependant, on la population est en grande majorité constituée de blancs, mais oft il existe un certain pourcentage de noirs et de métis, on peut Bien apprécier l'importance du facteur race et l'on constate le pourcentage de 22,8% chez les nègres et métis, avec 6% pour les

premiers. Ces nombres correspondent approximativement à l'incidence de la lépre, d'une manière générale, parmi les blancs, les noirs et les métis, car les individus de races pigmentées figurent parmi les lépreux avec un pourcentage de 29% et les noirs seulement de 8% du total.

La lépre tuberculoïde comprend trois formes cliniques fondamentales: lépre tuberculoïde de localisation cutanée, de localisation sous-cutanée et de localisation nerveuse.

Les manifestations cutanées de la lépre tuberculoïde assument des modalités très variables et intéressantes; l'on peut y individualiser trois types fondamentaux, avec des caractéristiques dermatologiques plus ou moins nettes, parmi les quelles toutefois on peut encore observer des variétés avec de petites différences dans les aspects morphologiques.

Il vaut la peine de décrire ce qui s'observe parmi nous, bien que la lépre tuberculoïde doive se présenter dans les autres pays avec des aspects identiques, parce que des léprologues et des tropicalistes qui ont étudié le sujet, se sont servis de manière impropre d'expressions dermatologiques, qui, pour nous autres, ont une signification bien précise.

Dans les premiers types, on observe des placards de grandeur variable, mais d'aspect uniformément analogue, avec des limites parfaitement nettes avec contour géographique bordé, le centre plat et presque pas infiltré, quelquefois d'aspect normal et lisse, d'autres fois légèrement achromique ou encore couvert de fines écailles furfuracées, presque imperceptibles, les bords s'effaçant vers le centre et se détachant fortement de la peau saine qui les entoure, par leur coloration plus ou moins accentuée, rouge-violacée ou rouge-foncée, fauve, se caractérisant seulement par cette modification, de la coloration de la peau, ce qui donne à la plaque un caractère clinique, de simple tache festonnée. (Fig. nos. 1 et 2). Mais plus communément, le bord de la plaque se caractérise par la confluence de petits tubercules d'aspects papuloïdes, quelquefois péripillaires, de la grandeur d'une tête d'épingle ou même plus petits, lichenoïdes et lisses, brillants et d'aspects onctueux, ou ternes et légèrement squameux. Ces tubercules se présentent tantôt parfaitement isolés, (Fig. nos. 3 et 4), pouvant être nettement individualisés, avec des éléments aberrants éloignés du placard, tantôt ils se conglomèrent et le rebord périphérique du placard prend un aspect chagrine, (Fig. nos. 5, 6, 7 et 8) tantôt encore, ils se fondent complètement et forment un ourlet linéaire, très semblable à celui qui s'observe dans les formes circinées du lichen plan. (Fig. n.° 9).

La largeur de ce bord marginal est très variable et n'a dans quelques cas que peu de millimètres, tandis qu'elle peut atteindre, dans d'autres, plus d'un centimètre. Quelquefois, le bord est continu et ferme complètement le contour du placard, formant des lésions figurées, circulaires, ovales, de conformation plus ou moins capricieuses, polycirculaires. D'autres fois, une partie du placard est dépourvu de bord, la délimitation s'interrompt sur une extension plus ou moins grande, de façon que ses contours, constitués par la confluence ou fusion de petits tubercules et dessinant des arcs conjugués, ne sont que partiellement marqués; le centre se continue, dans le reste de la plaque, plus ou moins insensiblement avec la peau saine du pourtour, bien que, dans quelques cas, quand la partie centrale est franchement achromique, on puisse percevoir nettement ses limites par le changement de coloration. Les placards, ainsi que nous venons de le décrire, assument parfois un aspect trichophytoïde, d'autres fois un aspect syphiloïde et souvent, comme nous l'avons signalé, la physionomie d'un lichen plan, circiné ou orbiculaire. C'est dans ces cas que la lèpre tuberculeuse peut reproduire l'aspect du granulome annulaire, avec de petits tubercules réunis et disposés en cercles plus ou moins parfaits. (Fig. n.° 10).

Dans un second type, les lésions se constituent de petits tubercules tantôt isolés et disposés irrégulièrement, tantôt conglomérés, (Fig. n.° 11) tantôt fondus, (Fig. nos. 12 à 13) formant des placards bosselés et bien délimités. Dans les premiers cas, les petits tubercules de la grandeur d'une tête d'épingle ou d'un grain de plomb, ressemblant à des lupomes, mais sans présenter la consistance extrêmement molle, la translucidité et la couleur de gelée de pomme particulière à ces éléments; ils ont une coloration violacée, ils sont brillants et se réunissent sans ordre, de façon qu'ils ne forment pas de placard bien délimité, la lésion prenant ainsi l'apparence d'un lupus tuberculeux disséminé. Dans le second cas, les tubercules confluent, se resserrent les uns contre les autres, de façon qu'on ne peut les distinguer nettement; il se forme alors une plaque saillante de grandeur variable, tantôt discoïde, tantôt ovale, dont la superficie est irrégulière et granuleuse, quelquefois recouverte de fines écailles. Dans ces cas, la lèpre tuberculeuse prend un aspect clinique qui pourrait être comparé à celui du lupus agminé ou à un sarcoïde de Boeck.

Dans le troisième type on ne remarque pas la formation de tubercules: la lésion se présente avec la forme d'un placard uniforme, rosé ou violacé, saillant, lisse, d'aspect tuméfié, succulent et onctueux, vaguement urticarien, de conformation et type variable; au contour bien net sur toute la périphérie ou au moins sur une partie de celle-ci, on se forme des bords bien découpés ou même abrupts.

Ce type nous parait reproduire à peu près le cadre dermatologique du lupus érythémateux tumide ou des sarcoides cutanés de Boeck, to type lupoide tubéreux en placard. Nous avons pu observer aussi quelques cas dans lesquels ces placards prennent une disposition figurée, et, à part la couleur et le caratere exudatif, imitent grossièrement un érytheme polymorphique du type érythémato-papuleux.

Des auteurs étrangers, parmi lesquels Tchernogobow et Paw-low, Wattini, Vigne, décrivent encore des cas où l'éruption offrait exactement l'aspect du "lichen scrofulosorum", vrai "lichen leprosum", ou forme folliculaire liquenoïd'e, dont nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner d'exemple caractéristique et que nous considérons comine étant une variété du premier type, oil, comine nous l'avons dit, on observe quelquefois de minuscules tubercules de localisation périlolaire.

A elite de ces types de caractere franchement lupoide ou sarcoides nous desirous signaler d'autres aspects éruptifs de la lèpre tuberculoide, qui n'ont pas encore été signalés et qui cependant sont observes assez fréquemment parmi nous. Dans quelques cas nous avons constaté des placards biers limités de coloration érythémato-pigmentaire, brunâtres, sans aucune saillie et dont la surface sèche et squameuse, franchement parakératosique a l'apparence d'une écze-matide. Dans d'autres cas, nous avons surpris une structure tuberculoïde en des lésions ichtyosiformes des jambes, (Fig. n° 14), où la peau se montre sèche, squameuse, pigmentée, luisante et atrophique, fendue en divers Sens de façon à dessiner des figures géométriques de configuration irrégulière et variée. Quand la maladie provoque ce type de lésions qu'on supposait être de nature simplement trophique, nous avons pu constater dans la plus grande partie des cas que nous avons étudiés, des lésions lépromateuses avec presence de germe, mais clans d'autres cas des alterations tuberculoïdes folliculaires. Egalement dans les membres inférieurs, régions mal-léolaire, nous avons observe à différentes reprises des plaques pigmentées, diffuses et anesthésiques qui simulent exactement une "dermite pigmentaire et purpurique" et dans lesquelles plus d'une fois, l'examen histo-pathologique a démontré une structure tuberculoide, Outre les lésions cutanées, la lepre tuberculoide peut se présenter sous forme de lésions hypodermiques, réalisant le cadre des "sarcoïdes hypodermiques" de Darier-Roussy, des "sarcoïdes hypodermiques disséminées" ou même de "l'érythème induré" de Bazin. Nous avons pu observer plusieurs cas dans les quels ces occurrences sont constatées, mais Fun d'eux, qui a été l'objet d'une Etude soigneuse, et que nous croyons être le premier cas publié, sect à démontrer pleinement que la lepre tuberculoide peut reproduire exactement le cadre des sarcoides hypodermiques. Dans le cas qui

a servi de base au travail en question, publié dans les "Annales de Dermatologie et Syphiligraphie" (Nov.-1931) ainsi que dans d'autres que nous avons observés, on remarquait des nodosités profondes de formation insidieuse, multiples et disséminées à peu près symétriquement sur la face d'extension des membres, sur le dos et sur les flanes. Elles étaient au nombre d'une douzaine et leur volume atteignait pour la plupart celui d'une cerise; quelques unes, plus importantes, atteignaient le volume d'une grosse noix. Ces néoformations avaient une allure tout-à-fait chronique; elles étaient indolentes et adhéraient parfois à la peau, qui, légèrement soulevée, se montrait d'une couleur brunâtre ou violacée. Un examen attentif nous a permis de déceler une légère hypoesthésie au niveau de ces nouures.

La lépre tuberculoïde de localisation nerveuse se manifeste cliniquement par la formation des "abcès des nerfs", ainsi nommés, ou "tuméfaction caseuse des nerfs", processus signalé d'abord par Muir et Chattergi, Wade et Lowe.

Parmi nous, les chercheurs de São Paulo se sont consacrés au sujet, principalement Souza Campos, Grieco, Rotberg et Cerrutti, le premier cite préférant avec juste raison donner à une telle manifestation la dénomination de "névrite nodulaire caseifiée" qui pourrait être transformée, comme le propose Rabello Jnr. en "névrite nodulaire colliquative".

Ces formations s'observent plus communément sur les nerfs superficiels, cubital, médien, brachial cutané interne et le rameau auriculaire du plexus cervical. Cliniquement, le processus se caractérise par la formation de nodules sur le trajet des nerfs et la lésion se localise le plus souvent sur la face interne du bras, un peu au dessus du coude ou sur la face latérale du cou. L'examen révèle une ou plusieurs formations nodulaires adhérentes au nerf, de conformation variable et dont la grandeur peut se comparer à un petit-pois ou atteindre celle d'une grosse olive. Ce nodule est quelquefois sphérique, d'autres fois fusiforme et peut se présenter encore comme un empâtement diffus. De consistance dure au début, il peut devenir, dans des phases plus avancées de son évolution, ramolli, avec une franche tendance à s'ouvrir spontanément vers l'extérieur, n'étant cependant accompagné dans aucune de ses phases, de réaction inflammatoire de la peau. Quelquefois, il est douloureux au toucher et même spontanément; d'autres fois, il est complètement indolore. Quand la rupture spontanée du nodule se produit, on remarque l'expulsion du pus caséux; la peau se crève, il se forme une fistule et postérieurement une cicatrice, qui enveloppe le nerf. Quand on pratique la ponction pendant la phase éruptive la plus avancée, on retire une masse caséuse, blanchâtre ou jaunâtre, semi-solide.

Ces nodules, sont accompagnés généralement de phénomènes subjectifs, paresthésies, névralgies, et, il n'est pas rare, quand ils sont comprimés, que le malade accuse une sensation de choc électrique sur le trajet du nerf.

Il ne nous reste plus qu'à parler légèrement de la réaction lépreuse tuberculoïde, sujet mis en évidence et bien étudié par Schujman et Fernandez, dans la République Argentine.

Au point de vue clinique, il faut signaler que, avec cette forme clinique, la réaction ne se montre pas avec un caractère aussi intense et aigu que dans les formes lépromateuses. Ici la réaction évolue sous une forme sous-aiguë, insidieuse, quelquefois prolongée et sans symptômes d'ordre général; on n'y constate ni fièvre, ni douleurs musculaires et articulaires, si fréquentes dans la réaction lépreuse commune. Ces auteurs signalent comme symptômes fondamentaux la congestion inflammatoire des lésions pré-existantes dont les bords se relèvent et deviennent violacés, congestion quelquefois accompagnées de l'apparition d'éléments nouveaux qui se réduisent à peu de lésions ou se montrent généralisés. Il est même un fait intéressant que l'on constate la présence de bacilles dans ces lésions de formation nouvelle, à leur phase initiale. Les lésions réactives peuvent se présenter très infiltrées, parfois même s'ulcèrent, et, la réaction, une fois passée, se transforme en résidus de macules lépreuses, de couleur brune ou violacée. Les perturbations de la sensibilité, signale Schujman, aussi bien dans les lésions nodulaires que dans les placards, sont habituellement plus accentuées que dans la lèpre cutanée.

Le pronostic de la réaction de cette forme de lèpre, est bénin et n'entraîne pas de complications graves, qui puissent mettre en péril la vie du malade.

La réaction lépreuse tuberculoïde peut se localiser dans les troncs nerveux isolément, ou bien cette manifestation peut s'associer aux manifestations cutanées. La réaction se manifeste dans le nerf par l'apparition d'abcès ou de névrites nodulaires colliquatives, dont nous avons déjà parlé.

---

## RÉSUMÉE

L'A. signale dès le début que la conception de la lèpre tuberculoïde a été d'abord fondamentalement histologique, c-a-d- la structure particulière de la réaction tissulaire, qui s'éloigne entièrement de celle qui caractérise d'une manière classique les lésions lépromateuses, ce qui lui donne un aspect propre et détermine que de semblables cas soient placés dans une classe à part. Du côté de cette particularité structurale et de la manière dont les malades porteurs de lésion de ce type se conduisent envers les réactions immunologiques, permet

ainsi à la clinique de l'éloigner des formes classiques de la lèpre non seulement par l'aspect morphologique des lésions mais encore par la bénignité de son évolution, par l'obéissance avec laquelle elle cède à l'action de la médication spécifique et par le fait de la co-existence non à titre exceptionnel de semblables lésions avec celles de la structure lépromateuse.

L'A. passe en revue les premiers cas enregistrés dans la littérature, pour signaler l'aspect morphologique des lésions cutanées décrites et démontre que ce n'est pas toujours à une structure tuberculoïde, pré-tuberculoïde ou sarcoïde que correspondent des éléments éruptifs d'aspect particulier, de tels éléments pouvant même se présenter comme de taches érythémateuses ou pigmentaires d'aspect banal. Dans un grand nombre de cas, cependant l'élément éruptif se montre avec un aspect propre et bien caractérisé, de façon à permettre de prévoir à la simple observation clinique, la constitution histologique correspondante démontrant qu'il n'est pas possible de les superposer exactement aux types cliniques de tuberculides ou tuberculoïdes connus et admettant une parenté classique comme le plus souvent relationnés à une origine tuberculeuse. En outre, il est nécessaire de noter qu'aussi dans ce groupe de dermatoses, malgré l'effort des auteurs, il n'est pas possible d'individualiser parfaitement les types cliniques et l'on voit fréquemment les formes de caractérisation difficile et d'autres, non plus rares, qui se montrent comme des formes de passage entre l'un et l'autre type.

L'A. s'occupe encore des réactions tuberculoïdes de localisation nerveuse, et décrit l'aspect clinique des abcès des nerfs.





5



6



7



8





13



14