

EXPOSE' RELATIF A LA "CHOROÏDITE LÉPREUSE PRECOCE" DE HOFFMANN.*

SERGIO VALLE

(Ophtalmo-oto-rhino-laryngologiste de l'Asyle
Colonie Cocaes).
São Paulo — Brasil

Il y a quelques mois que le notable léprologue Prof. W. H. HOFFMANN (1) de la Havane, Cuba, auteur de nombreux travaux universellement connus, a eu la gentillesse de nous remettre sa monographie publiée en espagnol — "La coroiditis leprosa precoz", — avec la collaboration du Dr. PEDRO RAMOS BRAEZ, lui aussi de la Havane. Avec la lovable intention de rendre plus accessibles les formes latentes de la lèpre pour les éteindre avec le traitement précoce, réalisant en même temps la guérison et la phophylaxie, le Prof. HOFFMANN nous indique de "faire l'étude systématique des yeux des nombreuses personnes exposées à l'infection latente de la lèpre, tels que les parents et ceux qui vivent en contact avec des lépreux", afin que malgré l'absence de toute lésion ou manifestation perceptible, on ne laisse point passer sans noter la lésion primitive latente de la choroïde, qui est le signe précoce et unique décrit pour la première fois par le nommé Professeur. Il écrit textuellement. "Il est aussi très probable que les oculistes puissent dépister ces lésions parmi leurs malades qui ne présentent pas encore d'autres lésions et manifestations caractéristiques de la lèpre, et chez qui elles constitueraient l'unique symptôme observable",

La lecture attentive de l'observation commentée par l'illustre professeur, et enrichie par des figures colorisées, ne nous a pas persuadé, malgré bonne volonté, d'accepter l'existence de la choroïdite lépreuse précoce. Lui-même, d'ailleurs, dans un point de sa dissertation, prévoit avec argutie l'incrédulité générale, quand il affirme: "Il est très probable que malgré nos recherches, investigations et

* Présenté au Congrès International de Leprologie, Mars 1938.

démonstrations scientifiques it y ait plusieurs ophtalmologues éminents qui prétendent nier l'étiologie lépreuse de cette affection". L'éminence exclue, nous nous plaçons parmi eux.

L'observation sur laquelle le Prof. HOFFMANN a basé son postulat se résume ainsi:

Une demoiselle agée de 35 ans, membre d'une famille suspecte d'être atteinte de lèpre latente (mère et trois sceurs), et qui a souffert la rougeole deux fois à l'âge de 6 et de 11 ans; une amygdalite folliculaire hypertrophique à l'âge de 14 ans (à cause de laquelle elle fut soumise à une amygdalectomie); une fièvre typhoïde qui dura 3 mois, à l'âge de 15 ans; quand elle avait 20 ans elle eut des fièvre entre 37.° et 38.°, accompagnée de sueurs profuses. Durant plusieurs années, quand elle faisait des exercices elle sentait une douleur rétro-sternale qui provoquait de la toux.

Comme symptômes caractéristiques de la lèpre elle présentait: des fiches de couleur sépia claire aux régions axillaires, et quelquefois des papules dans la régions plantaire contenant un liquide citrin, des manifestations trophiques des ongles aux orteils, des éphélides nasales et des phlébites fréquentes. L'examen du mucus nasal était négatif. Relativement aux yeux: "Dice que desde hacia mucho tiempo notaba no veia bien del ojo derecho". (Elle dit que depuis longtemps elle remarquait ne pas bien voir avec l'oeil droit).

Envoyée à un oculiste, elle fut examinée, et le diagnostic fut le suivant: "Lésions ulcéreuses de la choroïde"; il prescrivit tin traitement ioduré, et conseilla des lunettes afin de corriger une certaine myopie. Deux mois plus tard, un autre oculiste fit le suivant diagnostic: "choroïdite peri-maculaire droite; *quelques foyers sont déjà anciens et cicatrisés*, mais il existe un foyer au dessus de la macule qui est encore en evolution et qui pourrait s'étendre au centre de la macule et détruire la vision de cet ceil. La forme de cette choroïdite correspond à une étiologie tuberculeuse".

Le Professeur HOFFMANN s'appuie sur les arguments suivants pour soutenir l'étiologie lépreuse:

- a) insuccès de la thérapeutique anti-tuberculeuse instituée par les oculistes;
- b) la coincidence d'avoir traité un cas de lepre précoce et deux de lepre latente, dans la même famille;
- c) l'amélioration des symptômes généraux de lèpre et des symptômes oculaires après un traitement anti-lepreux de sept mois.

Il n'est point exposé quel fut le traitement ioduré pendant deux mois. D'ailleurs, la malade n'a point présenté d'amélioration de la choroïdite pendant les trois mois suivants, pendant lesquels on lui a fait des injections intra-veineuses d'esters éthyliques de chaulmoogra.

Enfin, l'argument décisif en faveur de l'étiologie lepreuse fut l'absence de nouveaux foyers et la pigmentation ébauchée dans les plaques, en période bien marquée de cicatrisation. Nous nous demandons quel fut le médicament qui produisit l'amélioration observée. Pendant sept mois de traitement, les trois premiers passèrent, comme nous l'avons vu, sans aucune amélioration, quand on faisait usage seulement d'antileprol; et au cours des mois restants on employa "une série complète de Krisolgan en injections intraveineuses, une par semaine", suivies de "quatre injections sous-cutanées d'un autre sel d'or connu sous le nom de Solganal B."

D'où l'on déduit que l'argument *ex-juvantibus* "*la razon mas contundente para que se acepte la etiologia leprosa*" (la lésion la plus forte pour qu'on accepte l'étiologie lépreuse), perd complètement sa valeur quand on prend en considération que les sels d'or viennent en première ligne, avec la tuberculine, parmi les agents thérapeutiques employés pour le traitement des affections oculaires d'origine tuberculeuse, depuis que SCHNAUDIGEL, en 1917, vérifia ses bons effets, mais surtout après que MÓOLGAARD, en 1924, vulgarisa l'aurothiosulfate de sodium (Sanocryesine), découverte par FORDOS et GELIS en 1845.

Dans ce ras s'est répété en partie, peut-être, ce que MILIAN (2) avait déjà appliqué à la symbiose syphilitico-lepreuse, contre laquelle certains obtinrent des succès partiels avec les arsénicaux, soit parce qu'on aurait pris des lésions syphilitiques pour lépreuses, soit parce que ces lésions auraient été sensibles à l'hétérothérapie.

Une fois que l'historique de la malade tellement éprouvée en diverses circonstances par des maladies qui arrivent à rendre négatives les tuberculino-réactions de von PIRQUET et de MANTOUX, comme la rougeole (déclarée deux fois) et da fièvre typhoïde (d'une durée de trois mois), des sueurs profuses et de la fièvre pendant plusieurs années, laissent entrevoir la possibilité de l'existence d'une tuberculeuse pour le moins torpide et ganglionnaire; si les examens du fond de l'oeil faits par tous ophthalmologues, parmi lesquels PENICHER, donnèrent à tous la même impression, le traitement d'expérience, qui devint efficace quand il fut aidé par les sels d'or, vient affirmer notre foi dans l'étiologie tuberculeuse de ce cas de choroïdite.

Les images du fond de l'oeil de la malade en question, publiées, révélaient l'existence de trois autres plaques de choroïdite, reliquats

d'inflammations antérieures, puisqu'elle s'était plainte que "*hacia mucho tiempo no veia bien del ojo derecho*". (depuis longtemps elle ne voyait pas bien avec l'oeil droit). Quelle est la cause qui a produit ces anciens foyers et à quels remèdes doit-on attribuer leur cicatrisation? Et si à l'occasion où se déclarèrent les derniers symptômes aigus et les derniers foyers, les symptômes de la lèpre étaient discrets et négatifs les examens du mucus, que dire du temps où se révélèrent les premiers foyers?

D'ailleurs, il n'est pas bien certain que "en la actualidad los oftalmologos consideran *solamente* una coroiditis tuberculosa e sifitica" (actuellement les ophtalmologues considèrent *seulement* une choroidite tuberculeuse et syphilitique).

Quand on est en présence d'une choroidite diffuse, circonscrite, maculaire ou périphérique, on pense en premier lieu à la syphilis acquise ou héréditaire. L'examen ophtalmoscopique seul n'est pas toujours suffisant pour fixer le diagnostic étiologique, quoique certains aspects soient associés de préférence à telle ou quelle cause (3,4,5). Ainsi la choroidite centrale est attribuée tantôt à la syphilis, tantôt à une lésion sénile ou à une myopie très prononcée; on dit qu'il s'agit d'une choroïdo-rétinite syphilitique quand une inflammation diffuse et périphérique est accompagnée d'une rétinite franche et des alterations du corps vitré; et qu'on est en présence d'une choroidite syphilitique quand on observe qu'il y a une tendance pour une extension latérale et qu'on observe des alterations vasculaires; et qu'il s'agit d'une chorio-rétinite syphilitique congénitale (types I et II de SIDLER-HUGUENIN).

Les chorio-rétinites cicatricielles, parfaitement limitées et fortement pigmentées, qui ne se sont jamais révélées par des signes subjectifs, tels que: nouches volantes, photopsias et metamorphosies, compatibles avec la vision égale à *un*, quand la macule ne présente aucune lésion, et qui doivent être considérés comme des trouvailles ophtalmoscopiques sont en général attribuées à la syphilis congénitale.

On pense à la tuberculose, en deuxième lieu, quand il s'agit de jeunes gens anémiques, chlorotiques ou scrofuleux, chez qui on remarque des petits tubercules dans la régions maculaire.

La myopie et les infections focales, celles-ci depuis les travaux de LANG, BILLINGS et ROSENOW, sont capables d'engendrer une choroïdite. Les vers et en général les parasites intestinaux, selon le prof. BUSACCA (6), peuvent être considérés comme des facteurs qui produisent des lésions oculaires similaires à celles qu'on a déjà énumérées.

Plusieurs auteurs citent des choroidites dont l'étiologie est obscure, peut-être un foyer inflammatoire localisé dans une région distante, par exemple, les amygdales, la prostate, le col de l'utérus, l'appendice, la vésicule, le cavum les sinus maxillaires et les dents (7), une fois que, d'après KAPUSCINSKI (8), les infections focales font actuellement "une grande concurrence à la tuberculose comme cause des maladies oculaires", en contradiction avec le point de vue bien connu de l'école allemande.

Parmi les auteurs brésiliens PEREIRA GOMES est celui qui a commencé les publications relatives à cette question. Il y a 11 ans, dans la revue "Brasil-Medico" (9) il nous avertissait sur "l'influence prononcée des infections dentaires dans la genèse des différentes affections oculaires (iris, corps ciliaire et choroïde), infections dentaires qui étaient quelquefois ouvertes, ou dans d'autres fois latentes et silencieuses, quelquefois considérées comme des agents provocateurs ou dans d'autres cas comme des éléments prédisposants", la métastase ayant lieu par la voie osseuse, périostique, sanguino-lymphatique et réflexo-irritative.

Quand il n'est pas possible, se basant sur l'historique du malade et sur les symptômes généraux, aidés par les données des examens par les rayons X et par les résultats des analyses de laboratoire, de résoudre le problème de l'étiologie, il ne reste plus au spécialiste que les secours des phtisiologues et des vénéréologues dont la perspicacité clinique est perfectionnée par la pratique quotidienne pour la résolution des problèmes obscurs de leurs spécialités. Et plusieurs fois la coexistence de deux ou trois étiologies probables se superposant chacune avec des symptômes et des réactions particulières revendiquent l'authenticité produit une nouvelle confusion qui nous oblige à avoir recours à la thérapeutique diagnostique qui en même temps nous donnera le diagnostic de la maladie et la guérison du malade.

Pour le diagnostic de la syphilis nous prenons en considération les données anamnétiques, les tares hérédito-syphilitiques, la radiographie de l'aorte, les réactions de Wassermann et de Kahn, ou mieux, selon l'avis des neurologues le dosage de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien et la réaction de l'or colloïdal qui donnent avec sécurité le diagnostic étiologique, qui est toutefois impossible dans la syphilis tardive, sauf quand on est en présence d'un cas de tabes et paralysie générale, quand la réaction de Wassermann est négative (10).

Relativement à la tuberculose oculaire, qui se manifeste dans la plupart des cas au commencement de la deuxième étape de RANKE, la période de généralisation de la maladie où d'abord par les vaisseaux lymphatiques et ensuite par le courant sanguin les germes et

les toxins qui sensibilisent tous les tissus se distribuent, nous avons le recours de la radiographie des poumons, de la cuti-réaction de von PIRQUET, de l'intra-dermo-réaction de MANTOUX, à laquelle le prof. ABREU FIALHO attribue encore une grande signification pour le diagnostic de la tuberculose oculaire même quand il s'agit de malades adultes (11), l'hémo-sédimentation, l'indice de Velez et surtout les réactions fébrile et locale après injections sous-cutanées à la tuberculine, en dilutions croissantes, selon le tableau de Engel.

SAMIJLOFF et TIHOMIROVA (12) sont d'opinion que la réaction focale dénommée dissémination du pigment, c'est-à-dire l'apparition précoce et soudaine du pigment rétinien dans les foyers de choroidite, après des injections sous-cutanées de tuberculine est un sign positif d'étiologie tuberculeuse.

Ces mêmes auteurs affirment que: "l'observation ophtalmoscopique systématique de 33 cas différents de chroidite tuberculeuse (50 yeux affectés) leur a démontré qu'une réaction des foyers de la choroïde, après injection sous-cutanée de tuberculine de Koch (0,2 cc. à 0,9 cc. de solution à 1/10.000.000) n'a jamais échoué quand il s'agissait de cas de nature tuberculeuse".

Pour la détermination du coefficient de sensibilité individuelle et pour éviter une réaction maligne — hyperhémie, hémorragie rétinienne punctiforme ou diffuse, perturbations du corps-vitré — on prend en considération, pour le choix d'une dose initiale convenable, l'état général du malade, la courbe thermique, les réactions à la tuberculine (l'intensité de ces réactions), l'étude de la formule sanguine et la radiographie. Selon l'opinion de NEUMANN, le grand phthisiologue viennois, la tuberculinothérapie est plus indiquée dans les manifestations articulaires et dans les oculaires, c'est-à-dire dans le traitement des formes connues sous la dénomination d'hématogènes. Cette opinion démontre le paradoxe des circonstances où nous nous trouvons: malgré l'opinion contraire de plusieurs spécialistes renommés qui répudient l'usage de la tuberculine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire en lui attribuant un simple effet suggestif, la réputation de ce traitement a été conservée toujours très en honneur parmi les ophtalmologistes.

Dans les cliniques ophtalmologiques des léproseries, où un troisième facteur est en concurrence avec la syphilis et la tuberculose pour compliquer encore plus la question de l'étiologie des affections intrinsèques, nous ne nous bornons pas à un simple appel aux réactions dues à des anticorps et à l'allergie.

Le diagnostic différentiel entre la syphilis, la lèpre et la tuberculose, qui, quand il s'agit de lésions accessibles s'éclaircit par

la recherche de l'anesthésie thermique et douloureuse, par la palpation des nerfs, par la biopsie, par l'inoculation au cobaye, par la recherche des ulcérations du septum nasal, par l'inspection des lobules auriculaires, et enf in, par la présence des macules et excroissances quelquefois si prononcées, qu'on peut faire le diagnostic à distance de quelques metres, quand il s'agit des localisations viscérales dont la choroidite est une modalité nous trouvons très embarrassés et perplexes, dans plusieurs cas.

L'examen clinique peut révéler des symptômes de ces trois infections: la syphilis a ouvert la porte pour l'entrée de la lèpre et celle-ci à son tour s'est combinée avec la tuberculose, coexistante dans la proportion de 85,2% (lésions tuberculeuses) en moyenne et *causa mortis* de 54,7% des hanséniens, d'après ce que révèlent 142 autopsies pratiquées par MITSUDA et OGAWA (13).

Comment savoir quel fut le germe qui, ayant gagné la courant sanguin et véhiculé par celui-ci, vint se localiser sur la choroïde? Si en premier lieu nous incriminons la syphilis, même quand le type des lésions n'est pas très caractéristique, il est naturel que nous nous inclinions à admettre cette étiologie parce que la choroidite est une vascularite, apanage de la syphilis; si nous avons recours à une réaction sérologique, la lèpre peut influencer le résultat par moyen des produits provenant de la désintégration du tissu granulomateux — libération consecutive des lipoides ubiquitaires, des formes tubéreuses et des formes mixtes avancées — embarrassant de cette manière l'indice de positivité. Pour cette raison, pour leurs détracteurs, les réactions de Wassermann et Kahn, quand il s'agit de cas de lèpre, au lieu de jeter de la lumière sur un cas clinique, ont souvent besoin d'être justifiées par l'observation clinique.

Les conclusions de SALMINEN (14) de Helsingfors, qui se trouvent résumées dans les Annales de Dermatologie et Syphiligraphie (tome X — 1929, pag. 316) sont assez suggestives. L'auteur mentionné soutient que dans les cas de lèpre tubéreuse et mixte, la R. de Wassermann peut toujours être positive dans le serum sanguin, mais au contraire négative dans les formes maculo-anesthésiques. L'intensité de la R. de Wassermann dépendrait en premier lieu, de révolution de chaque cas, plus intense dans la période initiale et pendant les épisodes aigus, mais faible et nulle pendant les périodes silencieuses et régressives. Quant aux résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien, il assure qu'ils sont irrégulièrement anorinaux (lymphocytose, albuminose) et que ces réactions sont, selon toute probabilité, en relation avec des localisations lepreuses sur l'axe cérébrospinal. Et il assure catégoriquement que "la R. de Wassermann est négative dans le liquide céphalo-rachidien des lepreux". Tout à

fait d'accord avec les observations de SALMINEN sont celle de BEJARANO et ENTERRIA (15): positivité des réactions de déviation du complément faites avec du sérum sanguin des malades de formes tuberculeuses" dans l'absence de tout symptôme de syphilis", et négativité habituelle des réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien. Si ces conclusions sont exactes, c'est-à-dire que si les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien sont habituellement négatives et que le Wassermann aussi est négatif dans le liquide céphalo-rachidien des lépreux, il nous paraît qu'il serait plus raisonnable de remplacer les examens sérologiques par des examens du liquide céphalo-rachidien, et peut-être nous nous rapprocherions aussi de la vérité.

En examinant nos 66 observations (Tableau V), nous avons vérifié que les R. de Wassermann et Kahn, 19 fois sur 21 cas, c'est-à-dire dans 90,4% des cas, ont été concordantes et fortement positives en 4 formes tuberculeuses et 17 mixtes, parmi des malades souffrant depuis 5 à 24 ans, c'est-à-dire en moyenne patients depuis 10 ans.

Peut-être le procédé d'absorption des anticorps coexistants dans le sérum du même hansenien et qui fixent les compléments respectifs en présence des antigènes de WITEBSKI, de GOMES et de KOLMER, d'après ce qui découle des intéressantes expériences de OTTO BIER (16), viendra quelque jour rendre à César ce qui appartient à César et à Dieu ce qui appartient à Dieu.

Dans notre milieu il y a tendance, faute de mieux, de donner de la valeur aux réactions de Wassermann et Kahn, quand toutes les deux donnent le même résultat ou quand la réaction de Kahn, même isolée, est fortement positive.

D'autre part, il y a ceux qui admettent que le pourcentage de syphilis est forcément élevé dans les communautés lépreuses, parce que, en règle générale, les syphilitiques sont plus prédisposés à la lèpre.

Relativement à la tuberculose nous observons que l'examen radiographique est d'importance secondaire, parce qu'une lésion lépreuse des poumons est du même aspect que la tuberculose pulmonaire, selon l'opinion de ROGERS et MUIR (17).

Les deux maladies peuvent être présentes au même poumon. Si l'inoculation dans un pareil cas peut élucider l'étiologie, ce n'est pas toujours la tuberculose, qui de préférence atteint le tractus uvéal, et qui est de forme fibreuse et torpide, et d'évolution lente et dissimulée, selon l'opinion de KRUCKMAN, J. MELLET et RIST (cit. par Cesario de Andrade, 18) qui pourra fournir du matériel pour examen et inoculation.

Les réactions avec la tuberculine (MORO, VON PIRQUET, MANROX) peuvent être utiles seulement pour éliminer le diagnostic de

l'existence de la tuberculose, quand elles sont négatives à plusieurs reprises, tenement fréquent est leur positivité parmi les adultes (90% à 97% parmi les populations des cites, selon les statistiques de NAEGELI).

Le diagnostic basé sur les réactions générales et locales, provoquées par des injections sous-cutanées de tuberculine, procédé conseillé par Koch, et qui fut vulgarisé autrefois, peut lui aussi nous induire en erreur. LIE démontra par des nécropsies que ces mêmes réactions à la tuberculine s'observent parfois sur des malades lepreux, entièrement libres de lésions d'origine tuberculeuse.

Il n'est pas d'admirer qu'en clinique d'asile de lepreux, plus que dans n'importe quelle autre, nous devions avoir recours à un traitement d'épreuve, malgré tous les arguments que les sourcilleux articulent contre lui.

Hormis le scotome correspondant du champ visuel, qui d'ailleurs doit lui aussi être dépisté, il existe des choroidites qui ne présentent aucun signe d'existence et que seulement un examen ophtalmoscopique peut surprendre; il y a des choroidites ou plutôt des chorio-rétinites, dont l'aspect et l'historique sont de la même valeur d'un nez en forme de selle ou de la triade de HUTCHINSON, et qui ont une valeur diagnostique beaucoup plus importante que les réactions sérologiques en usage.

En confrontant le pourcentage de chorio-rétinites observé par l'examen ophtalmoscopique de 1.000 hanséniens, avec celui qu'a observé DANTON MALTA (19) entre 1.000 enfants dans l'Inspectoria Medica Escolar de São Paulo" "Inspection Médicale Scolaire de São Paulo), on observe que nos 64 cas parmi 1.000 malades de tous les âges (de 5 à 88 ans) ne s'éloignent pas trop des 39 cas signalés chez des enfants de 7 à 10 ans, qui sont les suivants:

Chorio-rétinite exsudative	5
Chorio-rétinite cicatricielle	9
Chor. cicatricielle maculaire	<u>25</u>
Total	39

Nous voyons que l'hérédosyphilis, qui est la responsable pour tous les 39 cas de chorio-rétinites observés, contribue pour élever le pourcentage total, dans toutes les statistiques qu'on organise. Dans la nôtre par exemple il y a au moins 38 cas qui doivent être considérés comme d'origine syphilitique.

Le foyer de choroidite dans la première période, c'est-à-dire pendant la phase de l'infiltration leucocytaire au niveau de la région chorio-capillaire, quand l'épithélium pigmentaire existe encore entière-

ment, n'est pas si facile à reconnaître. Après la production des perforations dans la lame vitrée, l'exsudat s'infiltrait entre la rétine et la choroïde, on peut percevoir l'aspect jaunâtre des lésions primitives. Mais une fois la cicatrice formée sur la choroïde, c'est-à-dire point atrophique blanc ou blanc jaunâtre, dont la coloration est due à la sclérotique; une fois que les granulations noires ont atteint le niveau de la rétine transportées par les globules blancs qui ont phagocyté les pigments des chromoblastes choroïdiens, ainsi que les cellules pigmentées du tissu rétinien lui-même, nous aurons à l'observation par l'ophtalmoscope l'aspect caractéristique des anciennes lésions de chorioretinite. Il est même possible que, plusieurs années après l'invasion de la choroïde, quand le malade a oublié complètement ses souffrances et ne se plaint plus de rien, (en général affections congénitales), par le moyen de l'ophtalmoscopie de belles plaques soient découvertes, très nettes et parfaitement délimitées avec une pigmentation plus ou moins grande accumulée au centre ou à la périphérie, ou uniformément disposée dans toute l'étendue du foyer choroïdien déjà cicatrisé.

On ne peut pas confier, exclusivement, aux symptômes de lèpre que présente un malade pour classer comme d'origine lépreuse une lésion du fond de l'œil. Au contraire, l'observation clinique et les investigations histo-pathologiques, si elles n'excluent pas d'une manière absolue les lésions primaires du segment postérieur, elles nous forcent à ne pas les admettre sans difficulté, parce que la lèpre préfère pour sa dévastation le segment antérieur de l'œil (20).

De ce fait nous avons même une corroboration expérimentale: l'inoculation du bacille de Stefansky dans la chambre antérieure de l'œil du rat, faite par CHORINE, GUILLINY et MONTESTRUC (Cit. par L. BOURY, 21) donne lieu à la formation d'un léprome qui partant des procès ciliaires, s'étend sur l'iris, la choroïde antérieure et la sclérotique, évoluant de préférence dans le segment antérieur de l'œil.

Comment expliquer cette précocité, si la lésion n'apparaît d'habitude ni même tardivement, et quand elle apparaît elle doit disputer sa place au soleil, à la syphilis, la tuberculose, les multiples infections métastatiques et jusqu'avec les vermineuses?

* * *

Jusqu'à 1898, on admettait en général qu'il n'existait pas des chorioretinites lépreuses primitives; on admettait à peine d'accord avec les études de BULL et HANSEN (22), HULANICKI et LOPEZ que les lésions rencontrées sur *l'ora serrata*, quand il s'agissait d'une infiltration intense du corps ciliaire, ce serait par continuité que le

processus se propagerait à la partie voisine de la rétine (pars ciliaris retinae), et par conséquent les examens fonctionels et ophtalmoscopiques resultaient toujours négatifs, dans le cas ou l'état du segment antérieur les permettait, grâce à la limpidité qui se conservait encore en état normal, des parties réfringentes.

Les travaux plus récents (1931) de MAMORU UCHIDA (23) n'ont pas diminué la valeur des principes établis sur des bases solides et sur des observations histo-pathologiques accumulées en grand nombre par PHILIPPSON, N. P. LIE. FRANKE et DELBANCO (24), BABES (25), MITSUDA, SUGAI et MASAKI, GYOTOKU (cit, par JEANSELME, (26). Entre eux l'accord est unanime sur la rareté relative des localisations lépreuses dans le segment postérieur de l'oeil.

Les decouvertes de MAMORU UCHIDA sur la partie postérieure de la rétine (14,06%), sur les nerfs optiques (9,30%), dans les regions voisines du nerf optique (3,1%), ainsi que dans l'humeur vitrée et sur la portion posterieure de la choroïde, selon notre opinion, confirment la regle générale, seulement. Dans les lésions de cette nature et surtout dans les lésions localisées sur la rétine et le nerf optique, on n'a pu constater la presence du bacille specifique qu'en un pourcentage minime, malgre que les cas soumis à cet examen étaient de lepre nodulaire. Et, en coincidence remarquable avec ces lésions, excepté *un cas seulement*, tout le segment antérieur etait gravement affecte; et de ce point, selou toute probabilité — et nous pouvons le confirmer sur une serie de mine observations propres — les lésions que l'ophtalmoscopie a très rarement la surprise de remarquer sur le fond de l'oeil, se propagerent sur le segment posterieur. En relation à la partie qui, en ce moment interesse à notre these, c'est-à-dire la choroïde, malgré la presence de quelques bacilles sur les parois de ses vaisseaux sanguins, les localisations posterieures ont toujours ete attribuees à la propagation des infiltrations des parties antérieures, c'est-à-dire, de *l'ora serrata*, ce qui ne constitue aucune nouveaute, car plusieurs observateurs l'avaient déjà mis en evidence.

Même apres l'étude des travaux d'UCHIDA, qu'analysa avec la perspicacite et la ponderation qui le caractérise, JEANSELME rétablit la question dans ses vraies limites, en s'exprimant comme suit: "Quelques interessantes que soient ces recherches, elles n'infirment par la regle jusqu'ici admise, à savoir que les lésions oculaires les plus nombreuses et les plus graves, tant au point de vue materiel qu'au point de vue de la vision, siègent stir le segment anterieur de l'oeil".

Nous pouvons citer le temoignage de PINKERTON (27), apres douze années consécutives d'observation à Honolulu: "I have examined the fundi of hundred leprous patients and I have never

seen a case that I considered significant of leprosy. I have examined these eyes, always searching for nodules in the coroid, or an inflammation or atrophy of the optic nerve, with negative results" (j'ai examiné le fond de l'oeil de certaines de malades atteints de lèpre, sans jamais remarquer un cas qui pût être considéré comme lépreux. J'ai toujours examiné ces yeux en recherchant des nodules sur la choroïde ou une inflammation ou atrophie du nerf optique, et j'ai eu des résultats négatifs). Le même Prof. HOFFMANN (1) avoue que "de sus exámenes histopatológicos de los ojos leprosos enucleados, el ha podido darse perfecta cuenta de que las afecciones oculares tan frecuentemente observadas en los casos avanzados de lepra, *son esencialmente diferentes de la coroiditis descrita por nosotros* (HOFFMANN et BAEZ): "de ses examens histopathologiques des yeux lépreux énuclés, il a parfaitement pu se rendre compte que les affections oculaires si fréquemment observées dans le cas avancés de lèpre, sont essentiellement différentes de la choroidite décrite par nous (HOFFMANN et BAEZ).

En 1898, les communications de TRANTAS et de von DÜRING (28) à la Société Impériale de Médecine de Constantinople et en outre les observations de BISTIS (29) ont complètement inversé la question: elles classèrent les choriorétinites lépreuses comme d'une vulgarité notable, non sans les protestations de quelques spécialistes comme LYDER BORTHEN (30) et surtout DIKRAN BEY ADJÉMIAN (31).

Le Prof. Von DÜRING est arrivé à prétendre qu'un nouveau symptôme pour le diagnostic différentiel entre la lèpre nerveuse et la syringomyélie avait surgi; des recherches ophtalmoscopiques postérieures ne sont point parvenues à le découvrir. TRANTAS, en 1898, qui fut victime de la même illusion qui enthousiasma le Prof. HOFFMANN en 1930, quand en examinant par hasard le fond de l'oeil d'un individu souffrant de lèpre de forme nerveuse, dont la benignité envers les yeux, la paralysie de l'orbiculaire exceptée, arrive à épargner le segment antérieur de l'oeil, entité morbide à laquelle ZAMBACO PACHÂ donna le nom de forme syringomyélique, dans laquelle les lésions oculaires étaient seulement la conséquence d'une lagophtalmie qui donnait naissance, comme d'habitude, à des petites ulcerations dans les tiers inférieurs de la corée (kératite par dessèchement guérissable par une simple tarsorrhaphie). Trantas observa des plaques de choroidite de diverses dimensions, les unes développées et fortement pigmentées, les autres jaunâtres, sans altération de l'acuité visuelle. Malgré une ressemblance assez accentuée des lésions syphilitiques avec l'image ophtalmoscopique "ressemblance de l'image ophtalmoscopique de cette lépreuse avec des lésions syphilitiques", il s'est laissé

convaincre par la coincidence et il a opine, et en cela il a été répété par quelques auteurs, pour l'existence d'une chorio-rétinite lepreuse: "Je suis convaincu, dit TRANTAS (32) que si l'on examine, comme je fais, des yeux qui ne portent pas encore des lésions graves, on trouvera souvent des lésions ophtalmoscopiques".

Le Prof. HOFFMANN en soutenant que "*se trata de una inueva afección observada por primeira vez por nosotros*" (il s'agit d'une nouvelle affection, observée par nous pour la première fois) la considère comme un signe très précoce, et comme symptôme unique qui se trouve) "*siempre que se haga el estudio sistematico del ojo en las numerosas personas expuestas a la infeccion latente de la lepra*". (toujours qu'on fasse l'étude systématique de l'oeil chez les nombreuses personnes exposées à l'infection latente de la, lépre).

Que faire en présence d'opinions d'une si grande valeur, pour révéler la vérité? Nous avons suivi leur conseil: nous avons pris 1.000 malades de lépre dont les conditions actuelles du segment antérieur permettaient l'examen du *fundus oculi* et nous sommes partis à la recherche de la choroidite lépreuse précoce de HOFFMANN, nous contentant avec la découverte de la choroidite tardive de TRANTAS et Von DÜRING.

Lé résultat final de nos observations constitue l'objet de ce travail.

* * *

D'accord avec les tableaux annexes, nos recherches ophtalmoscopiques ont été faites en 1.000 hanséiens des deux sexes (550 hommes et 450 femmes) chez lesquels l'absence d'exsudats, de synéchies et d'opacités de la cornée, nous ont permis l'examen du segment postérieur, de ces malades, d'âges variant entre 5 et 88 ans et porteurs des formes cliniques suivantes: mixte 660; nerveuse maculo-anesthésique-150; nerveuse-110; tubéreuse-72; tuberculoïde-8. La durée de la maladie de ces lépreux était comprise entre 3 mois et 30 ans. Le pourcentage de lésion du segment postérieur a été de 6,6%, résumé comme il suit: 2 atrophies du nerf optique, dont les symptômes initiaux de la lésion oculaire précèdent de plusieurs années l'apparition de la lépre, et qui probablement doivent être attribués à la syphilis; 38 chorioretinites cicatricielles dont les porteurs n'avaient aucune notion antérieure, quelque cas similaire à ceux qu'on observe chez les malades de toutes les cliniques des maladies des yeux et de la peau et qui sont généralement attribués à la syphilis héréditaire; 24 chorioretinites cicatricielles elles-aussi, chez lesquelles on observe encore des exsudats qui se rencontrent chez des malades dont l'historique est relationné à la syphilis (chancres

vénériens, aortites, avortements) et dont quelques uns présentaient des réactions de Wasserman et Kahn concordantes et fortement positives. Seulement en deux cas, ceux de nos observations Ns. 62 et 65, en outre des anciennes plaques assez pigmentées, on observe des petits foyers inflammatoires de date récente, qui démontrent une choroidite en activité. Tous ces deux malades nous informent que seulement quelques années (4 et 6) après la constatation de leur maladie, ils ont commencé à voir des mouches volantes et constate une diminution de l'acuité visuelle.

Jusqu'à présent, on n'a pas réussi chez nous à identifier la choroidite lépreuse précoce de HOFFMAN. Ne s'agirait-il pas, peut-être, de choroidites lépreuses tardives de TRANTAS et de Von DÜRING? Nous répondons à l'interrogation par les paroles de LYDER BORTHEN, qui n'est pas sympathisant de la nouveauté: "Personne ne peut nier la possibilité de ce fait, c'est-à-dire qu'une choriorétinite observée chez un lépreux ne puisse pas être de nature lépreuse".

Mais on ne peut pas admettre, faute d'une documentation consistante, la choroidite lépreuse parmi les "différences absolues" de WADE (33) qui résultent de l'action conjuguée des facteurs race et climat, comme par exemple l'alopecie qui au JAPON atteint 50% des cas et en Malaisie 0,8 pour mille; comme la caseose des nerfs fréquente aux Indes, et qui a été observée aussi au Brésil et en Argentine et qui est toutefois absolument inconnue aux Philippines; comme la lépre tuberculoïde très connue à Calcutta et qui est par contre très rare dans l'Inde du Sud.

Nous devons voter toutefois que les deux malades sus-mentionnés, et qui ont été internes il y a deux ans et demi, doivent être saturés de chaulmoogra qu'on leur a administré avec une régularité absolue: injections intramusculaires et infiltrations d'esters creosotes, huile brute, *per os*, Calmestrol Bayer, etc. Il s'agirait donc de choroidites lépreuses chaulmoogra-résistantes, une fois quelles présentent des foyers inflammatoires récents à côté d'anciennes plaques cicatricielles.

Il est prudent de ne pas oublier que la tuberculose et la syphilis, pour lesquelles les phthisiologues et les syphiligraphes donnent un pourcentage si grand dans la contamination générale, se dissimulent de telle manière que, dans l'absence des données historiques, nous nous trouvons devant des signes de positivité surprenants révélés par les autopsies, les réactions sérologiques où par la thérapeutique, et qui varient selon les auteurs de 50% à 90% quant à la tuberculose et quant à la syphilis ils varient selon le sexe de 3% à 18% (FOURNIER) ou de 20% à 40% (LEREDE), 20% à 56% (DUJARDIN, cité par le Prof. CARLO MARTELLI, 34).

Par la roentgénographie collective, procédé inventé par notre compatriote MANUEL DE ABREU, et mis en pratique par lui-même dans la capitale fédérale, on a dressé des statistiques qui démontrent que les cas de tuberculose non apparente s'élèvent à 5,9% et ceux de syphilis artérielle (aortites et hypertrophie du coeur) à 3,7%.

Par conséquent avant de leur attribuer le titre très rare, de nouvelles investigations sont nécessaires: l'injection souscutanées de tuberculin, précédée de l'épreuve de MANTOUX; la radiographie des sinus faciaux, des dents et de l'aorte; l'examen clinique minutieux pour éliminer l'existence de quelque foyers d'infection dans n'importe quel point de l'organisme; de nouveaux examens de Wasserman et Kahn, pour ne pas tomber en erreur, trompés par le type de réactions sérologiques oscillantes, selon l'avis de NICOLAS et CHARBET qui a été étudié, entre d'autres, par JEANSELME et BLOCH, GOUGEROT et PEYRI, selon la référence de CARILLO (35), de SCHULMANN & LEVY (36); l'examen du liquide céphalo-rachidien et même un nouveau traitement de la vermineuse (ankylostome) qui continue à parasiter ces malades.

Aussi, nous serons peut-être obligés d'avoir recours à l'avant-dernier moyen de diagnostic — les longs traitements d'épreuve. Et peut-être le dernier recours seulement — si les lésions du segment postérieur où qui lui sont circonscrites se maintiennent inaltérées ou actives — nous permettront de déchiffrer l'énigme clinique: l'histologie pathologique.

CONCLUSIONS

Au moment d'exposer la synthèse de notre opinion sur la question qui nous intéresse, nous citons *in totum* les paroles de DIKRAN BEY ADJEMIAN, écrites il y a quarantaine d'années:

- I — Le diagnostic de la choroidite lepreuse n'a pas encore été établi avec certitude.
- II — Pour résoudre la question d'une manière sûre, il est nécessaire de le baser sur des observations minutieuses des malades pendant longtemps, prenant en considération la marche de la maladie, ses différentes périodes et la terminaison du processus ou l'examen anatomo-pathologique, le tout exposé d'une manière claire et irrécusable.
- III — Le diagnostic de cette lésion lepreuse ne souffrira pas de contestations que lorsque toutes les autres causes capables de l'engendrer auront été exclues.

TABLEAU I

SEXE, FORMES CLINIQUES ET ÂGE DES 1.000 MALADES EXAMINÉS.

SEXE		FORME CLINIQUE		ÂGE				
<i>masc.</i>	<i>fem.</i>	<i>Forme</i>	<i>N.º</i>	<i>Années</i>		<i>N.º</i>	<i>Années</i>	<i>N.º</i>
550	450	Mixte	661	1 à 10	8	50 à 60	62	
		N. Mac. Anesth.	149	10 à 20	122	60 à 70	40	
		Nerveuse	110	20 à 30	257	70 à 80	14	
		Tubéreuse	72	30 à 40	286	80 à 90	1	
		Tuberculoïde ...	8	40 à 50	210			

TABLEAU II

RÉACTIONS DE WASSERMANN & KAHN DES 66 OBSERVATIONS.

<i>Wass. +</i>	<i>Wass. —</i>	<i>Kahn +</i>	<i>Kahn —</i>	<i>Wass & Kahn</i>		<i>Wass & Kahn</i>		<i>Wass & Kahn</i>
				<i>+</i>	<i>+</i>	<i>—</i>	<i>—</i>	<i>discordantes</i>
42	24	36	30	33		21		12

TABLEAU III

TEMPS DE MALADIE DES 1000 LEPREUX EXAMINÉS

<i>Temps de maladie</i>	<i>Nombre de malades</i>	<i>Temps de maladie</i>	<i>Nombre de malades</i>
3 mois	1	report	912
4 mois	1	15 ans	17
6 mois	4	16 ans	16
7 mois	1	17 ans	11
1 an	40	18 ans	4
2 ans	89	19 ans	4
3 ans	110	20 ans	8
4 ans	82	21 ans	3
5 ans	116	22 ans	6
6 ans	112	23 ans	4
7 ans	78	24 ans	4
8 ans	59	25 ans	4
9 ans	56	26 ans	1
10 ans	40	27 ans	1
11 ans	46	29 ans	1
12 ans	35	29 ans	2
13 ans	22	20 ans	2
14 ans	20		
		Total	1.000

TABLEAU IV

SEXE, ÂGE, FORMES CLINIQUES ET TEMPS DE MALADIE DES 66 CAS POSITIFS

SEXE		AGE		FORMES CLINIQUES		TEMPS DE MALADIE			
M.	F.	Années	N.º	Forme	N.º	Temps	N.º	Temps	N.º
30	36	1 à 10	1	Mixte	40	1 an	1	10 ans	6
		10 à 20	5	N. Mac.	8	2 ans	10	11 ans	2
		20 à 30	17	Anesth.	9	3 ans	1	12 ans	3
		30 à 40	22	Tubéreuse	9	4 ans	5	15 ans	4
		40 à 50	13	Nerveuse		5 ans	6	16 ans	1
		50 à 60	6			6 ans	7	19 ans	2
		60 à 70	2			7 ans	7	20 ans	2
						8 ans	3	21 ans	1
						9 ans	4	24 ans	1

TABLEAU V

WASSERMANN ET-KAHN CONCORDANTS ET FORTEMENT POSITIFS

N.º des Observ.	Forme clinique	Temps de maladie (Années)	Wassermann	Kahn
2	Tubéreuse	11	++++	++
7	Mixte	24	++++	++++
10	Mixte	16	++++	++++
11	Tubéreuse	2	++	++++
12	Tubéreuse	5	++++	++++
14	Mixte	15	++	+++
21	Mixte	2	++++	++++
22	Mixte	11	+++	++
25	Mixte	9	++++	++++
29	Mixte	9	+++	++++
34	Mixte	10	+	++++
40	Mixte	5	+++	++
42	Mixte	21	+++	++++
44	Mixte	6	++++	++++
47	Tubéreuse	5	++++	+++
48	Mixte	6	+++	++++
52	Mixte	15	+++	+++
53	Mixte	8	+	++++
56	Mixte	6	+	++++
57	Tubéreuse	7	++++	+
64	Mixte	20	++++	+++

TABLEAU SYNOPTIQUE DE 66 CAS POSITIFS

N ^o	N ^o d'inscriptions	Nom	Sexe	Age	Forme Cliniq.	Temp ^c de maladie	Diagnostic	React. Wasserm.	React. Kahn	Oeil
1	1581	A. G.	F.	43	Nerv.	6	Choroidite	+	-	OD
2	581	A. S.	F.	25	Tubér.	11	"	++	+	OD
3	1476	A. M.	F.	30	Mixte	5	"	+	++	OD
5	1203	A. M. O.	F.	44	"	19	"	-	-	OD
5	1871	A. F.	F.	21	"	4	Atrop. n. O.	-	-	OD
6	1972	A. V.	F.	25	"	2	Choroïde	+	-	OD
7	1230	A. M. O.	M.	45	"	24	"	+	+	OD
8	1563	A. S.	M.	31	"	7	"	+	+	OD
9	133	A. C.	M.	16	Nerv.	6	"	-	-	OD
10	1394	A. Z.	M.	30	Mixte	16	"	+	+	OD
11	2900	A. M. S.	M.	28	Tubér.	2	"	+	+	OD
12	1778	A. S.	M.	18	"	5	"	+	+	OD
13	1784	B. M. B.	F.	50	"	10	"	-	-	OD
14	1955	B. C. P.	M.	36	Mixte	15	"	+	+	OD
15	1839	C. S.	F.	38	Nerv.	6	"	-	-	OD
16	2151	C. V.	F.	42	"	15	"	-	-	OD
17	1838	C. B.	M.	21	Mixte	3	"	-	-	OD
18	619	D. A.	F.	81	N. M. An.	15	"	+	+	OD
19	697	D. A. T.	F.	38	Nerv.	8	"	+	+	OD
20	1515	D. T.	M.	35	Tubér.	7	"	+	+	OD
21	1784	D. G.	M.	25	Mixte	2	"	+	+	OD
22	1834	E. A. A.	M.	42	"	11	"	+	+	OD
23	2230	E. M.	F.	44	"	2	"	+	+	OD
24	1460	E. P. S.	F.	40	"	9	"	+	+	OD
25	1556	F. B. M.	F.	26	"	9	"	+	+	OD
26	904	H. A. S.	M.	53	"	7	"	-	-	OD
27	2154	H. S. V.	F.	28	N. M. An.	2	"	-	-	OD
28	2189	J. X. F.	F.	29	Mixte	10	"	+	+	OD
29	2239	J. P.	F.	26	"	9	"	+	+	OD
30	2212	J. B.	F.	15	"	4	"	+	+	OD
31	1730	J. F. O.	M.	67	N. M. An.	1	"	-	-	OD
32	332	J. B. M.	M.	38	Nerv.	20	"	-	-	OD
33	989	J. Z.	M.	28	Mixte	8	"	-	-	OD
34	1118	J. B. P.	M.	34	"	10	"	+	+	OD
36	1287	J. A. F.	M.	47	"	10	"	-	-	OD
36	2059	J. F.	M.	33	"	2	"	+	+	OD
37	2104	J. B.	M.	39	"	40	"	+	+	OD
38	2030	J. P.	M.	36	N. M. An.	2	"	-	-	OD
39	1468	L. M. J.	F.	35	Mixte	7	"	+	+	OD
40	414	L. D.	F.	40	"	5	"	+	+	OD
41	1175	M. B.	F.	27	N. M. An.	7	"	+	+	OD
42	1427	M. C. C.	F.	67	Mixte	21	"	+	+	OD
43	682	M. J. S.	F.	26	"	12	"	+	+	OD
44	345	M. G.	F.	22	"	6	"	+	+	OD
45	1785	M. B. G.	F.	35	"	5	"	+	+	OD
46	1728	M. C. D.	F.	42	"	6	"	+	+	OD
47	860	M. S. C.	F.	30	Tubér.	5	"	+	+	OD
48	1228	M. E.	F.	46	Mixte	6	"	+	+	OD
49	202	M. M.	F.	30	"	10	"	+	+	OD
50	849	M. C. C.	F.	47	N. M. An.	4	"	-	-	OD
51	928	M. C. A.	F.	17	Mixte	4	"	-	-	OD
52	506	M. V.	M.	47	"	15	"	+	+	OD
53	341	M. B.	M.	39	"	8	"	+	+	OD
54	1094	M. Z.	M.	32	"	12	"	+	+	OD
55	679	M. L. M.	F.	32	Tubér.	7	"	-	-	OD
56	1268	M. F.	F.	48	Mixte	6	"	+	+	OD
57	1077	N. J. C.	M.	44	Tubér.	7	"	+	+	OD
58	1815	O. B. M.	M.	29	N. M. An.	2	"	+	+	OD
59	2056	O. C. C.	M.	8	Nerv.	2	"	+	+	OD
60	948	R. J. J.	F.	50	"	30	"	+	+	OD
61	1229	U. F.	F.	42	N. M. An.	5	"	-	-	OD
62	1146	W. T.	M.	28	Tubér.	12	"	-	-	OD
63	1061	V. C.	M.	50	Mixte	4	"	+	+	OD
64	1825	J. L. C.	M.	35	"	20	Atrop. n. O.	+	+	OD
65	647	J. P. M.	M.	28	"	9	Choroidite	+	+	OD
66	2958	M. O. V.	F.	52	Nerv.	2	"	+	+	OD

OBSERVATIONS

(SUR LE TABLEAU SYNOPTIQUE DE 65 CAS POSITIFS)

- 1) — A commencé à sentir des mouches volantes depuis plus de 15 ans. Antécédents vénériens: ancienne prostituée. Aorte palpable à le fourchette. ODV = 1m.
- 2) — Deux plaques fortement pigmentées. N'a jamais rien senti d'anormal en champ visuel. ODV = 1/8.
- 3) — Plaque de la grandeur 4 pupilles, côté temporal et supérieur. N'a jamais rein senti. ODV = 1/4.
- 4) — A eu 3 avortements. Après des remèdes antisyphilitiques. Grande plaque para centrale à l'œil gauche. Nouveaux foyers et plaques à l'O.D. Exsudat au corps vitre. ODV = 1 OGV = 1/2.
- 5) — Ne voit pas bien dès son jeune âge. Nystagmus. Aortite Réflexes pupillaires normaux. Diminution concentrique du champ visuel. DY = doigts à 2 metre. Puidilles blanchies. Vaisseaux éclatés.
- 6) — Plaque para-centrale à l'O G. Il y a plus de 10 ans, sent quelque fois des mouches au champ visuel. O.G.V. = 1/2.
- 7) — Choroidite diffuse, comprenant la macule. Vision = doigts a 3 mètres. Sent quelquefois des mauches volantes. Yl y a 16 ans sent diminution de la vision ODV = 3 mètres.
- 8) — Plaque de choroidite du côté nasal. Papille décolorée. Sent des mouches volante depuis 3 ans. Exsudat au corps vitré. OD vision = doigts à 5 mètres.
- 9) — Plaques de choroidite (3 fois le diametre papillaire) une à chaque oeil et proches aux papilles. N'a jamais rein senti. OD = 1/2 OG = 4 m.
- 10) — Plaque fortement, distante de la pupille, à la partie supérieure de celle-ci. N'a jamais rein senti à l'OD. — ODV = 1.
- 11) — A eu des chancres vénériens et adénite il y a 5 ans. Deux plaques, une de chaque côté de la pupille — ODV = 1.
- 12) — Plaque (5 fois le diamètre papillaire) fortement pigmentée, du côté temporal et superieur. N'a jamais rien senti — ODV = 1.
- 13) — Plaque peri-papillaire étendue et au ceite nasal. Exsudats abondants, organises, au corps vitre. Sent Cella il y a plus de 40 am. OG = 1/6.
- 14) — Plaque de choroidite du côté temporal supérieur. Il y a 10 ans, fait emploi de chaulmoogra presque tous les jours. ODV = 1/2.
- 15) — Plaque para-centrale fortement pigmentee. N'a jamais rein senti e l'OD. (ODV = 1/3.
- 16) — Plaque fortement pigmentée, du côté emporal. N'a jamais rein senti è l'OG. OGV = 1.
- 17) — Plaque blanchâtre, comprenant la macule. A Campinas on lui a déjà ordonné des anti-syphilitiques. ODV = 2 Metres.
- 18) — A eu une adénite il y a 10 ans. Ou tun a donne du 914, du bismuth et du marcure. Plaque de choroidite du elite nasal. N'a jamais rein senti. ODV = 2/3.
- 19) — A eu 3 avortements. Plaque para-centrale (3 pupilles). Sent des mouches volantes depuis son jeune âge. OD Vision = mètres.

- 20) — Petites plaques, moitié de pupille. Perçoit des mouches volantes depuis l'âge de 15 ans. ODV = 1/4.
- 21) — Plaques de choroidite juxta-papillaire. Aucune sensation subjective. OGV = 1.
- 22) — OG. Plaques étendue, du côté supéro-nasal, portant des proximités de la papille. OD — plaque étendue, pigmentée du côté infero-nasal. DYV = 1.
- 23) — Belle plaque de choroidite, occupant toute faire correspondante à la papille en mydriase. A remarqué depuis son jeune âge que l'OD ne voit pas bien. Vision centrale = m; latérale = 3 ins.
- 24) — Petites plaques (4) au niveau de la macule. N'a jamais rein senti à l'OD. S'est admirée d'avoir la vision = 1/10.
- 25) — Plaque (3 fois le diamètre de la papille), au dessus de la papille, pigmentée à la périphérie. N'a jamais rein senti à l'OD. Vision = 1.
- 26) — Plaque moyennement pigmentée (taille de 3 papille), côté nasal supérieur. N'a jamais rein senti aux yeux. ODV = 2/3.
- 28) — Quatre plaques peu pigmentées, plus petites que la pupille, au côté nasal. N'a jamais rien senti à l'OD = 2/3.
- 29) — Petite plaque de choroidite au-dessus de la pupille. Wassermann et Kahn depuis 4 ans. A déjà près 6,0 grs. de bismuth dans uns autre léproserie. ODV = doigts à 5 mètres.
- 30) — Plaque fortement pigmentée, moitié de la papille, au côté temporal supérieur. N'a jamais rien senti à l'OG. OGV = 2/3.
- 31) — Chancres vénériens et adénite, à l'âge de 18 ans. S'est traité, avec un médecin, par des sirops. Deux plaques para-centrales, fortement pigmentées. ODV = 1/10.
- 32) — Plaque cicatricielle, pent pigmentée, grande comme 3 papilles, du côté nasal. N'a jamais rien senti. ODV = 1/2.
- 33) — Plaque pigmentée, proche à la papille, en dessus de celle-ci. N'a jamais rien senti à l'OD. ODV = 1.
- 34) — Plaque pigmentée jointe et sous la papille. N'a jamais rien senti à l'OD = 1.
- 35) — Petite plaque, fortement pigmentée, au côté nasal. N'a jamais rien senti. ODV = 1.
- 36) — Plaques peu pigmentées et nouveaux foyers (2) de petites dimensions (demi-papille) du côté nasal. Exsudats. Depuis qu'il se cannait, il voit peu de l'OG, et OGV = doigts à 2 mètres. Il a senti des mouches volantes.
- 37) — Plaque (moitié de papille) du côté nasal, proche à la papille. N'a jamais rien senti à l'OG. OGV = 1/4.
- 38) — Plaques (3) fortement pigmentées, sous la papille. N'a jamais rien senti à l'OD.
- 39) — Plaque du côté temporal. Exsudats organisés. Sent la vue trouble depuis l'âge de 8 ans. ODV = 1/3.
- 40) — D'extenses plaques (2) fortement pigmentées, sous la papille. A senti des mouches volantes, à l'âge de 15 ans, qui plus tard sont disparues. N'a fait aucun traitement. Vision = 5.
- 41) — Plaque fortement pigmentée, de la grandeur de 2 papilles, du côté temporal supérieur. N'a jamais rien senti à l'OG. Hypermétropie. Vision = 1/4.

- 42) — Plaques pigmentées (4) près de la papille, du côté nasal. N'a jamais rien senti à l'OG. A remarqué depuis son jeune âge qu'elle ne voit pas bien avec cet oeil. OGV = 1/8.
- 43) — D'extenses plaques, celles de l'OG commençant près de la papille et allant jusqu'à la macule. A toujours senti la vue courte, des son jeune âge. ODV = 2 metres. OGV = 1/8.
- 44) — Plaque sous la papille, mais distante(grandeur d'une papille). N'a jamais rien senti à l'OD. ODV = 1.
- 45) — Petite plaque (demi-papille) du côté nasal. N'a jamais rien senti à l'OG. OGV = 2/3.
- 46) — Trois plaques fortement pigmentées, du côté temporal. N'a jamais rien senti à l'OD. ODV = 1.
- 47) — OD — Plaque fortement pigmentée, para-centrale, du diamètre de 3 papilles; OG — deux plaques, l'une inférieure, l'autre nasale, du diamètre de deux et d'une papille.. Sent des mouches volantes depuis l'âge de 12 ans. OD = 1/10; OG = 1/8.
- 48) — Deux plaques, très pigmentées, l'une près de la papille, du côté temporal, l'autre à la partie supérieure. N'a jamais rien senti à l'OD. ODV = 1.
- 49) — OD — Extense plaque très pigmentée, du côté nasal. OG — plaque du même côté at exsudats. Sent des mouches volantes à l'OG, depuis 6 ans. N'a jamais rien senti à l'OD. Il y a 5 ans, depuis qu'elle a eu une réaction du sang positive à Santo Angelo, elle prend du bismochaulmoogra. OD = 1; OG = 5 mètres.
- 50) — Petite plaque, peu pigmentée à la partie supérieure et distante de la papille. N'a jamais rien senti. OGV = 1.
- 51) — Plaque pigmentée (4 papilles) à la partie inferieure. Il y a longtemps qu'elle ne sent pas des mouches volantes. Internée dpuis 2 1/2 ans. Esters creosotes et bismuth en grande quantité.
- 52) — Plaque péri-papillaire, superposée à la papille, à la partie supérieure, comme un demi-anneau. N'a jamais rien senti à l'OG. OGV = 1/6.
- 53) — Plaque extense (4 papilles) para-centrale. Une autre, juxta-papille (demi-papille). N'a jamais rien senti à l'OD. ODV = 5 metres.
- 54) — OG — 2 plaques cicatricielles; OD, plaques et foyers récents. Il a commencé a sentir des mouches volantes il a 6 ans. Interné il a 2 ½ ans. A près régulièrement du chaulmoogra.
- 55) — Plaque (4 papilles), fortement pigmentee, du côté nasal. Grande plaque blanchâtre enveloppent la papille. N'a pas d'exsudats. Ne voit pas bien avec l'OD depuis l'âge de jeune fillette. ODV = doigts à 3 metres.
- 56) — Plaque extense au côté nasal. Sent des mouches volantes depuis de 15 ans. ODV = 1.
- 57) — Plaque fortement pigmentée au côté temporal. N'a jamais rien senti à l'OG. OGV = 1.
- 58) — Deux petites plaques, è la partie supérieure. N'a jamais rien senti. OGV = 1.
- 59) — Plaque (3 papilles) au côté nasal. N'a jamais rien senti à l'OD. ODV = 1.
- 60) — Plaque fortement pigmentée. Sous la papille et jointe à elle. N'a jamais rien senti à l'OG. OGV = 2/3.
- 61) — Plaque (3 papilles) para-centrale. N'a jamais rien senti à l'OD. ODV = 1/6.

- 62) — Deux plaques peu pigmentées, une para-centrale; 2 petits foyers au côté temporal. Il a commencé à sentir des mouches volantes il y a 6 ans. Interné depuis deux ans et demi. OGC = 2 mètres. A pris du chaulmoogra régulièrement.
- 63) — Papilles branchâtres, aux moitiés temporales. Il remarque que sa vision diminue il y a plusieurs années, et d'une forme marquée à l'OG. ODV = 1/6; OGV = doigts à 2 mètres.
- 64) — Plaque de choroidite para-centrale. Exsudat au corps vitré. Pendant 5 ans, avant de s'interner, a pris de l'Antileprol et de l'Iodomoolna. Interné depuis 3 ans. ODV = 3 mètres; OGV = 1.
- 65) — Choroidite diffuse aux DY, surtout des cotés naseaux, épargnant seulement les macules. Grande quantité d'exsudats. Ne se rappelle pas quand il a commencé à sentir des mouches. Il y a longtemps (sic). Son état s'est aggravé il y a 4 ans. Interne depuis 3 ans.
- 66) — Extense plaque an côté temporal de l'OD.V = 2 mètres. Extense plaque au côté nasal de l'OG.V = 1/3. N'a jamais rien senti aux DY. Elle a toujours eu la vue courte.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) — HOFFMANN, W. H. & BÀEZ — La coroiditis leprosa precoz — Separata do Jornal dos Clínicos. An. XI, a. 15, 1930, p. 225.
- 2) — MILIAN, G. — Lèpre et syphilis. III Conf. Intern. de Lepra. Paris, 1924
- 3) — FUCHS-SALZMANN — Tratado de Oftalmologia, 1935, pag. 401.
- 4) — CHARLIN, Carlos — Tratado de Clinica Oftalmologica, 1925, p. 368.
- 5) — RONNÉ, H. — Cilnical Studies of luetic choroiditis — Americ. Jr. of Ophtalmology, 1935, p. 483.
- 6) — BUSACCA, Prof. Archimede — Vermes e parasitas intestines como causa de doenças oculares, particularmente uveites. I Congresso Bras. de Ophtal., vol. I, 1936, p. 289.
- 7) — MATA LOPEZ — Algunos aspectos de la infección focal dentaria en oftalmologia. Arqs. Oftal, Hispano-Americano, 1935, Tomo XXXV, p. 597.
- 8) — KAPUSCINSKI — Contribution à la question des affections oculo-focales. Ann. d'oculistique, Tom. CLXXII, 1935, p. 817.
- 9) — GOMES, PEREIRA — Affecções oculares de origem dentaria. Brasil-Medico, n. 25, 1927, p. 541.
- 10) — LANGE — Le diagnostic modern de la syphilis, spécialement dans le liquide cephalo-rachidien. Ann. d'oculistique, juin, 1935, p. 501.
- 11) — REZENDE, Cyro — O tratamento da tuberculose ocular, segundo as concepções actuaes. Prinm. Congresso Bras. de Ophtalm., vol. II, 1936, p. 635.
- 12) — SAMOJÉLOFF-TIHOMIBOVA — Sur le diagnostic et le traitement specifique de la choroidite tuberculeuse. Ann. d'oculistique, T. CLXXII, 1935, p. 993.
- 13) — MITSUDÁ & OGAWA — A study of one hundred and fifty autopsies on cases of leprosy. Inter. Journal of Leprosy, vol. V, 1937, p. 53.

- 14) — SALMINEN — Sur la réaction de Wassermann dans le serum lépreux. Recherches sur le liquide céphalo-rachidien dans la lèpre. Ann. de Dermatologie et Syphiligraphie, 1929, p. 316.
- 15) — BÉJARANO & ENTERRIÁ — L'antigène lepreux dans le diagnostic de la lèpre. Données sérologiques et données da liquide cephalo-rachidien. Actas Dermo-sifiligraficas, 1929, An. XXI, n. 5, p. 314.
- 16) — BIER, Otto & ARNOLD, Kate — Estudos sobre a serologia da lepra. Separata, 1935.
- 17) — ROGERS & MUIR — Leprosy (Differential Diagnosis), Bristol, 1925, p. 229.
- 18) — ANDRADE, Prof. Cesário — Sobre alguns aspectos da tuberculose ocular. Primeiro Cong. Brasil. de Ophtal., vol. II, 1936, p. 595.
- 19) — MALTA, Danton — Do valor da clinica de molestias dos olhos na Insp. Med. Escolar. Bol. Soc. de Med. e Cirurg, de S. Paulo. Numero especial, 1927, p. 557.
- 20) — VALLE, Sergio — Prophylaxie de la cécité au cours de la lèpre. Archives d'Ophtalmologie — N. S., t. 1, n. 10, Octobre, 1937.
- 21) — BORY, Louis — Pathologie comparée de la lèpre. Le Monde Médicale, Août 1936, p. 863.
- 22) — BULL & HANSEN — The leprous diseases of the eyes. Christiania, 1873.
- 23) — UCHIDA, Mamoru — Histological studies on affections of the back parts of lepers eyes. La Lepro, Osaka, Sept., 1931, n. 3, p. 35.
- 24) — FRANKE (Hamburg) — Anatomie pathologique de la lèpre oculaire. Ann. de Derm. et Syphil., 1899, p. 1.002.
- 25) — BABES — Histologie de la lèpre. Berlin, 1898, p. 53.
- 26) — JEANSELME — La lèpre. (Manifestations oculaires), p. 331.
- 27) — PINKERTON, F. Y. — Leprosy of the Eye, Ear, Nose and Throat. The Hawaii Territorial Medical Association, Separata, 1935, Honolulu, Hawaii.
- 28) — E. Von DÜRING & TRANTAS — Ophtalmoskopisches Befund bei Leprosen. Monatshefte für Praktische Dermatologie, 1900, vol. XXX, p. 495.
- 29) — BISTIS, J. — Über zwei fälle von lepröser Chorioretinitis (cit. por LYDER BORTHEN (30). Bibl. Inter. Lepr, 1900, vol. I, p. 132.
- 30) — BORTHEN, Lyder — Lepra des Auges. Leipzig, 1899 (cit. do Prof. HANSEN GRUT (Copenhague) — Bibliot. Intern. Lepra, 1900, vol. I.
- 31) — DIKRAN BEY ADJÉMÍÁN — Gaz. Med. d'Orient, n. 19, 1898, p. 284.
- 32) — TRANTA, A. — Lèpre oculaire. Recueil d'Ophtalmologie. XX Ann, 1898, p. 452.
- 33) — WADE, H. W. — Regional variations of leprosy with special reference to tuberculoid leprosy in India. Indian Med. Gazette., Vol. LXXI., 1936, pag. 653.
- 34) — MARTELLI, Prof. Carlos — La sifilide ignorata e strana — Napoli, 1923, pag. 33.
- 35) — CARRILLO, F. — Las reacciones de Wassermann irreductibles. Rev. Med. del Rosario, N.º 2, fev. 1933.
- 36) — SCHULMANN, E. & LEVY, G. — Conditions necessaires pour affirmer l'irreductibilité de la reaction de Wassermann. Bull. de la Soc. Franc. de Dermat. et de Syphil., n. 7, Julho 1932, p. 961.

NOTE — Bibliographie fournie par la «Bibliotheca do Departamento de Prophylaxia da Lepra» de São Paulo.