

ASPECTS CLINIQUES DE LA LAPRE TUBERCULOÏDE CHEZ L'ENFANT *

NELSON SOUZA CAMPOS
Sous Directeur du Département de la
Prophylaxie de la Lèpre
Médecin des Asiles Préventifs des Enfants
de parents lépreux.

Déjà déterminée par JADASSOHN, en 1898, la forme tuberculoïde de la lèpre fut seulement bien connue et officiellement à la III Conférence Internationale de Strasbourg, en 1923, grâce aux études remarquables de RABELLO, DARIER, PAUTRIER et BOEZ.

C'est seulement plusieurs années après cette conférence, que de nombreuses observations vinrent se joindre aux études antérieures. Mais aujourd'hui, cette question a pris une importance considérable et attire l'attention des léprologues du monde entier. Ceux-ci cherchent surtout à découvrir, dans ses multiples aspects, la signification clinique exacte de cette forme de la maladie.

Il y a aujourd'hui, uniformité de points de vue, presque complète, dans les interprétations de sa pathogénie et dans ses aspects immunobiologiques. Cependant il reste des doutes quant à sa forme clinique; et l'on hésite encore à la classer, comme forme nouvelle de lèpre.

Selon certains auteurs, cette forme est caractérisée par sa bénignité et par un aspect clinique et histopathologique propre. Selon d'autres, elle constituerait seulement un état intermédiaire ou de transition dans l'évolution de la lèpre. Si nous examinons de près les points de divergences des léprologues, nous voyons qu'il y a erreur d'appréciation ou confusion entre la lèpre tuberculoïde et la simple réaction histologique tuberculoïde. Cette dernière est un accident observable dans presque toutes les formes de la lèpre, constituant une phase de transition, indite d'évolution d'un cas grave, pour un cas bénin, généralement accompagné de l'inversion de la réaction du "leprolin-test".

* Présenté au Congrès International de Leprologie, Cairo, 1938.

La lèpre tuberculoïde primaire (lèpre cliniquement tuberculoïde) est caractérisée par un aspect clinique et histologique propre, par l'indice de sédimentation (I. S.) bas, par la rareté ou l'absence de germes, par son pronostic bénin et par la positivité constante du "leprolin-test".

Les cas qui présentent tous ces signes, constituent sans aucun doute une forme de lèpre bien déterminée et à part, dont les lésions sont seulement le résultat des réactions de défense de l'organisme, en face de l'infection, et une manifestation évidente d'allergie et d'immunité.

Nous n'étudierons pas, ici, la lèpre tuberculoïde dans ses aspects histologiques. Nous chercherons seulement à bien définir les aspects cliniques propres à cette forme de lèpre dans l'enfance et à montrer que cette forme diffère de celle que l'on observé généralement chez l'adulte, et nous ferons sur ces cas typiques des considérations d'ordre immuno-épidémiologique.

Nous trouvant, par notre situation, en contact continuei avec un grand nombre d'enfants éloignés des foyers contagieux, grâce à l'internement des parents malades, nous avons observé fréquemment cette nouvelle forme de lèpre, dans son évolution et son aspect clinique et histopathologique.

Mais si, sous se dernier aspect, la lèpre tuberculoïde chez l'enfant se confond avec la lèpre ordinaire chez l'adulte, par son évolution et surtout par son aspect clinique, elle diffère, et beaucoup, de tons les caractères cliniques des lésions tuberculoïdes.

Nous basant sur la morphologie particulière des lésions, nous classerons les cas observés en quatre groupes:

- a) Lésions nodulaires;
- b) Lésions papuloïes;
- c) Lésions lichénoides, à papules miliaires;
- d) Lésions classiques {
 - b) type sarcoïde de BOECK.
 - a) maculeuses

a) LESIONS NODULAIRES

Les lésions nodulaires furent observées par nous comme les lésions les plus initialer de la lèpre tuberculoïde chez l'enfant.

Elles se présentent comme des formes nodulaires bien déterminées, toujours isolées, de surface lisse, brillante et d'aspect tumide.

Au début enes se montrent, à l'examen, comme de petites papules anémiques, plus ou moins semblables à ceux du strophulus, mais rapidement elles se transforment et atteignent, approximativement, quand elles parviennent à leur développement complet, la grosseur d'un haricot. Elles sont de coloration érythémato-violacé, arrondies, dures au toucher, légèrement élevés par rapport à la peau saine.

Généralment uniques, elles varient quelquefois entre 2 à 5. Elles se localisent de préférence sur les membres et à la face. A la "vitropression" on n'obtient pas la coloration courante jaune-gellée des lésions lupiques, mais seulement une légère ischémie à l'endroit de la lésion de teinte rosée. Elles diffèrent, en outre, des nodules lupiques dans la preuve du stylet rombe, où elles ne présentent pas leur aspect friable.

L'évolution de ces lésions s'effectue toujours de la même manière : ou bien elles augmentent lentement en extension, s'applatissant et prenant la forme "papuloïde" qui caractérise le second groupe; ou bien, après quelques mois, avec ou sans traitement spécifique, elles s'applatissent, deviennent plus molles au toucher, se réduisent en de petites macules rouges, au niveau de la peau, légèrement rugueuses et prenant la forme "papuloïde" qui caractérise le second groupe; se creusent sous l'épiderme, donnant une sensation de vide, et formant un léger dénivellement bien délimité par ses bords.

Enfin, dans leur dernière phase, elles ne sont plus que des cicatrices atrophiées, rondes ou ovoïales, bien délimitées et de bords réguliers .

Dans certain cas, on observé, à la première analyse, la présence de bacilles "acido-résistants" agglomérés ou dispersés. Mais dans les analyses ultérieures, on constate toujours, dans un temps relativement court, leur diminution et leur disparition totale.

Dans tous les autres cas les analyses sont négatives, coïncidant probablement avec la dernière phase de la lésion.

L'histologie, dans tous les cas, est identique: un granulome du type tuberculoïde, quelquefois du type sarcoïde de BOECK.

OBSERVATIONS

- 1) — LAURO M. — Fiche 7.579 — Observé le 15-1-934 — 2 ans et demi. — Le père — fiche 10.996 — fut observé le 5-1-934, porteur de la forme mixte de la lèpre et malade depuis 1932. Il vécut deux ans dans l'isolement avec les fils. Six mois après l'internement du père, à l'occasion du second examen, le petit, est reconnu porteur d'une lésion nodulaire à proximité de l'ombilic,

que la mère declare avoir remarquée depuis deux mois. Lésion unique, de la grosseur d'un haricot, violacée, élevée, brillante. Photos 1 et 2.

Recherche bactériologique positive.

Lésion extirpée pour biopsie.

- 2) — BENEDICTO B. F. — Fiche 4.956 — 2 ans. — La mère atteinte de la forme mixte, internée Bans l'Asile «Aymorés» le 10-7-35. Examiné comme convivant (1) et reconnu porteur de lésions nodulaires, localisées au bras et à l'avant-bras (2), à la fesse (2) et à la cuisse (2), de la grosseur d'un petit haricot, violacées, élevées, dures au toucher. Revu le 5-5-37: disparition totale des lésions, dont il reste seulement de petites cicatrices rondes.

Frottis de muco nasal: Négatif. Lésion cutanée: Négative.

Diagnostic histopathologique: Biopsie n.° 261 (lésion de la cuisse): Lèpre tuberculoïde (DR. H. C.ERRUTI).

«Leproline-test» +++

- 3) — JOSÉ LUIS — deux ans — Fiche de suspect 3.142. — Le père atteint de la forme mixte depuis 3 ans, interne seulement le 13-7-37. La mère declare avoir vu apparaître, depuis 3 mois, un nodule violacé sur la partie externe de la jambe gauche de son petit, élevé, de la grosseur d'un haricot.

Muco nasal et lésion cutanée: Négatifs.

Diagnostic histopathologique: —Biopsie n.° 1.197 — Lésion nodulaire profonde allant du derme à l'hypoderme, avec infiltration plus accentuée dans ce dernier, type mal-ébauché d'un granulome dont la nature ne peut être individualisé (DR. ABILIO M. CASTRO).

- 4) — DJALMA T. R. — 13 mois — 5-10-37. — Le père est malade depuis 1936, examiné le 15-1-37 et reconnu porteur de la forme mixte de la lépre. Interné le 3-1-37, son petit fat examiné dans la section des convivants, le 11-3-37, avec resultat clinique négatif. Le 5-10 37, nouvellement examine, it présente au poignet droit tin nodule violacé, dur, élevé, qui date de deux mois, selon les dé clarations de la mère. Photo 3.

Muco nasal: Négatif. Ponction du nodule: Positif ++

Diagnostic histopathologique: Biopsie n.° 1.143: Lèpre tuberculoïde, type sarcoïde de Boeck (DR. H. CERRUTI).

- 5) — LAZARA F. M. — 10-5-37 — 3 ans. — Le père est malade de la forme mixte depuis 1935 et interné seulement en 1937. La petite a eu des relations de chambre et de lit. Examinée le 10-5-37, la mère declare qu'il y a 3 mois, plus ou moins, apparurent de petites lésions cutanées, placées sur la fesse droite, (biopsiée), sur la face postérieure du bras droit, et une petite lésion sur la face postérieure de la cuisse droite, tiers inférieur.

(1) Le mot «convivant» et, au féminin, «convivante» a été adopté par nous. Signifie ici: qui vit ou a vécu dans l'intimité avec des malades de la lépre.

Les lésions présentent toutes le même aspect: nodulaire, violacé, et brillant. Elles sont plus grandes que des petit-pois, indolores et. élevées.

Muco nasal: Négatif. Lésion cutanée: Négative.

Diagnost. histo-pathologique: — Biopsie n.° 1.097 — Lésion nodulaire profonde avec structure d'un granulome (peu de gigantocytos et peu de cellules épithélioïdes). Non caractéristique cependant au point de vue histo-pathologique (DR. ABILIO M. CASTRO).

«Leproline-tests»: +++

- 6) — YOLANDA C. — 3-4-36 — 30 mois. Est fille de la malade ELISE C. (7.717), lépreuse depuis 1927, et examinée le 30-3-36, porteuse de la forme mixte de la lèpre et internée seulement le 1-11-37. La personne qui habite avec la petite ne déclare rien de précis sur le début de la maladie. L'examen de la face postérieure de l'avant-bras et du bras droit révéla de petites lésions nodulaires violacées, infiltrées, de la grosseur d'un haricot, élevées, entourées d'un halo achromique. Examinée de nouveau le 20-5-37. Sur l'emplacement de la lésion de l'avant-bras apparaît une cicatrice arrondie et déprimée. Aucun traitement n'a été donné.

Diagnost. histo-pathologique: — Biopsie n.° 549 (lésion du bras) : Lésion tuberculoïde du type sarcoïde de Bock (DR. ABILIO M. CASTRO).

- 7) — CELINA G. — 18-12-36 — 10 ans — Fiche 11.864 — La mère — fiche 10.938 — est un cas de lèpre tubéreuse, observé le 7-5-36 et malade depuis 1935, internée en juin 1936. La petite a été examinée comme convivante; présente quatre lésions nodulaires localisées sur la face postérieure de la cuisse droite, en degrés variés d'évolution, depuis la grosseur d'un petit-pois, jusqu'à la grosseur d'un haricot, violacées, la plus grande montrant une faible desquamation au centre. Photo 4.

Muco nasal et lésion cutanée: Négatifs.

Diagnost. histo-pathologique: Biopsie n.° 906: Lèpre tuberculoïde, type sarcoïde de Boeck (DR. H. CERRUTI).

«Leproline-test»: +++

- 8) — GENNY G. — 18-12-36 — 4 ans — Fiche 11.863 — Même situation épidémiologique que le cas antérieur, présente sur la cuisse gauche, face post. un nodule proéminent, de la grosseur d'un haricot, violacé.

Lésion cutanée: Négative.

«Leproline-test»: +++

- 9) — WILMA F. — 21-8-36 — 18 mois — de race noire. — Le père, — fiche 11.303 —, est porteur de la forme mixte, avec prédominance tubéreuse et malade depuis deux ans. La petite fut examinée comme convivante, après l'internement du père. Elle présente dans la région temporale droite deux lésions nodulaires, rapprochées l'une de l'autre, de couleur érythémateuse, proéminentes, brillantes. Il apparaît, en outre, sur la face postérieure du bras droit, une autre lésion avec les mêmes signes et qui fut biopsée.

Le 18-5-37 on constate l'aplatissement total des deux lésions de la face qui se trouvent encerclées d'un halo achromique. Photos 5 et 6.

Muco nasal: Négatif. Lésion cutanée: +++ en trois prises de matière, faites à dix jours d'intervalle. Par la suite, toujours négative.

Diagnost. h:sto-pathologique: Biopsie n.° 878: Lèpre tuberculoïde (DR. ALAYON).

«Leproline-test»: ++

- 10) — WILMA P. — Fiche d'élucidation 3.068 — le 12-11-35 — 4 ans. — Le père est malade de la forme mixte depuis 2 ans et demi, interné depuis cette date. La petite fut examinée comme convivante, présente sur la face antérieure de la cuisse droite, une petite lésion papuloïde et ovoïdale bien déterminée, déjà en voie de régression. Lésion nodulaire de couleur violacée, de surface lisse, de la grosseur d'un grain de maïs, localisée dans la région sous-pubienne. Photo 7.

Avril 1932: On constate seulement la cicatrice de la lésion de la cuisse.

Muco nasal: Négatif. Lésion cutanée: Négative.

Diagnost, histo-pathologique: Biopsie n.o 355 (lésion souspubienne): Lèpre tuberculoïde de type sarcoïde de Boeck (DR. ABILIO M. CASTRO),

«Leproline-test»: +++

- 11) — ARMAND B. — 15-8-35 — 4 ans. — Le père est malade de la forme mixte, interné en juillet 1935. La mère et deux autres frères sont porteurs de lèpre tuberculoïde. A la date de l'observation, le petit fut examiné comme convivant et présente 3 lésions: L'une sur le ventre, une peu en bas de l'ombilic; l'autre dans la région trochantérienne droite, avec le caractère suivant: lésion nodulaire proéminente, violacée, bien délimitée, d'aspect brillant; la troisième lésion sur la face antérieure de l'avant-bras droit, plus petite, violacée, peu proéminente. Photo 8.

Avril 1937. — Cicatrice chéloïdienne sur le ventre et sur la région trochantérienne en conséquence de la biopsie. Cicatrice déprimée avec halo achromique sur l'avant-bras par l'absorption de la lésion.

Muco nasal: Négatif. Lésion cutanée: Négative.

Diagnost, histo-pathologique: Biopsie n.° 295: Lèpre tuberculoïde (DR. ABILIO M. CASTRO).

«Leproline-test»: +++

- 12) — MILTON Z. — Obs. le 2-7-37 — 3 ans. — La mère est malade de la forme myste, internée le 1-7-37. Le petit examiné comme convivant présente sur l'épine illiaque antérieure et supérieure gauche une petite lésion ovoïdale, d'un roux jaunâtre, de surface plissée, déprimée et molle au toucher. Photo 9.

Diagnost, histo-pathologique: Biopsie n.° 1.776: Lèpre tuberculoïde (DR. ABILIO M. CASTRO).

«Leproline-test»: ++

- 13) — CAROLINA S. I. — Fiche d'élucidation n.° 2.520 — 31-13-33 18 mois.
— Le père est atteint de la forme tubéreuse de la lèpre depuis plus d'un an, interné le Oct. 1933. La petite a vécu dans l'intimité avec le père et fut examinée comme convivante. Apparaissent les lésions cutanées ci-dessous que la mère déclare avoir remarquées depuis un mo's environ, localisées sur la face postérieure du bras, sur le visage et sur l'abdomen. Petites lésions nodulaires, dures, proéminentes, infiltrées, de couleur violacée, de la grosseur d'un haricot.

Revue le 2-5-35. Les lésions apparaissent déprimees, de couleur violacée. Photo 10.

Examinée de nouveau le 28-2-37, présente seulement les cicatrices caractéristiques des lésions, n'ayant jamais subi de traitement.

Muco nasal: Négatif. Lésion cutanée: Négative.

b) LESIONS PAPULOYDES:

Les lésions que nous appelons papuloïdes sont d'un degré plus avancé que les lésions précédentes. Elles se présentent comme les antérieures, comme des lésions dermo-hypodermiques. Elles ne sont pas nodulaires, bien que présentant de petits nodules papuloïdes de couleur violacée, mais ici, déjà avec un ton légèrement jaune et rendu plus visible par la "vitro-pression". Infiltration accentuée, surface irrégulière et brillante, bien délimitée, élevée, présentant quelquefois, une légère desquamation au centre. Elles sont en général de conformation ovoïdale ou arrondie, de la grosseur d'un bouton de chemise, atteignant quelquefois la grosseur d'un franc et se localisent de préférence sur la cuisse, ou nous avons observé presque tous les cas. L'évolution est la même que dans les lésions précédentes. On remarque d'abord un aplatissement de la lésion au centre, auquel correspond la peite lente de l'infiltration, venant ensuite la disparition avec atrophie et formation cicatricielle, dépression au toucher et formation d'un halo achromique autour de la lésion. Aucun des cas des lésions papuloïdes ne nous a donné des bacilles à l'analyse ou à l'examen histologique. Ici, également la structure histologique est nettement tuberculoïde et la réaction au "Leproline" est positive.

- 14) — NEYDE S. — 6-6-1937 — 3 ans. — Le père est malade de la forme mixte de la lèpre et interné en novembre 1935 et malade depuis 1934. L'enfant a vécu dans l'intimité avec le père, un an.

Elle fut examinée, pour la première fois, comme convivante, le 2-2-36; 16 mois —, ne présentant rien d'anormal. Le 3-8-37, de nouveau examinée, elle présente à la cuisse droite deux petites lésions nodulaires suspectes. Le 6-6-37, la mère informe que la lésion de la cuisse augmente en grosseur et que d'autres apparaissent sur

la face postérieure de la cuisse droite lésion nodulaire, élevée, érythémateuse, légère dénivellation au centre, atrophie, le bord saillant; dans la face interne de la cuisse droite, lésion papuloïde de coloration érythémateuse, bord élevé, entourée d'un halo achromique.

Sur le front, trois lésions en divers degrés d'évolution avec un halo achromique.

Muco nasal: Négatif. Lésion cutanée: Négative.

Diagnost. histopathologique: Biopsie n.°1.148 (Lésion de la cuisse): Lèpre tuberculoïde, type sarcoïde de Boeck (DR. H. CERRUTI).

«Leprolin-test»: +++

- 15) — JOSE B. — 15-8-35 — 4 ans. — Frère du malade de l'observation 11.e Présente deux lésions que la mère déclare avoir vu depuis mois environ. Elles sont localisées: l'une, un peu au-dessus, l'autre, un peu au-dessous du coude droit, les deux lésions de 1/2 cent. de diamètre, rondes, le centre nettement atrophie, rugueuses, de couleur rose, légèrement jaunes contrastant avec l'aspect érythémateux des bords qui se suivent en cordons area fins, discontinue, mais donnant l'impression de petites tubercules. Les contours des lésions, par rapport à la peau saine, sont bien déterminés. Photo n.° 12, après complète cicatrisation.

Muco nasal et lésion cutanée: Négatifs.

Diagnost. histopathologique: Biopsie n.° 294: Lèpre tuberculoïde; type sarcoïde de Boeck (DR. ABILIO M. CASTRO).

«Leprolin-test»: +++

- 16) — PASCHOALINA C. — 18-4-936 — 5 ans. — La mère est malade de lèpre, forme tubéreuse, depuis plus de 9 ans. Elle a deux frères malades, porteur de la forme maculeuse achromique. Le père déclare, que depuis deux ans environ, il nota sur la face postérieure de la cuisse droite de l'enfant, une petite lésion érythémateuse qui évolua lentement, et avec traitement local. Le 18-4-36 après l'internement de la mère, elle fut examinée comme convivante, présentant au coude gauche deux petites macules violacées, populoides, le centre atrophie, dénivélé et plus clair, les bords élevés, formés de petites lésions nodulaires disposées régulièrement. A la cuisse droite face antérieure, lésion maculeuse élevée, nodulaire, présentant les mêmes caractères que ceux de la lésion du coude. Dans la face postérieure, lésion presque cicatrisée.

Muco nasal et lésion cutanée: Négatifs.

Diagnost. histopathologique: Biopsie n.° 822. Lésion de la cuisse): Lésion tuberculoïde, type sarcoïde de Boeck (DR. ABILIO M. CASTRO).

«Leprolin-test»: ++++

- 17) — JAYME P. — 20-S-36 — 5 ans. — Examiné comme convivant pour avoir vécu dans l'intimité avec la malade GERTRUDE C., observée le 19-8-1936, comme porteuse de forme mixte de la maladie. Le petit demeura dans la maison de la malade. La mère, soeur de la malade, ne se rappelle pas la date d'apparition de la lésion. L'enfant examiné, présente une lésion violacée, d'un

ton légèrement jaune qui s'accroît à la «vitro-pression», localisée à la face antérieure et interne de la cuisse droite; d'autres lésions, de même aspect, se trouvent localisées sur la face antérieure de la cuisse gauche, et à la jambe gauche. Photo 13.

Le 26-10-1936. Aplatissement des lésions qui présentent déjà le halo achromique.

Le 9-10-1937 les lésions sont cicatrisées. Atrophie centrale accentuée avec le halo achromique; on fit seulement trente injections de calcium colloïdal «ostelin».

Muco nasal: Négatif. Lésion cutanée; Négative.

Diagnost. histopathologique: Biopsie n.° 781 (lésion de la cuisse) : Lèpre tuberculoïde, type sarcoïde de Boeck (DR. H. CERRUTI).

«Leprolin-test» : +++

- 18) — THEREZINHA P. — 20-8-36 — 30 mois. — Soeur du précédent. Présente à l'examen de petites lésions papuloïdes érythémateuses sur la face interne des deux cuisses, ayant les mêmes caractères que les précédentes. Photo 14.

Muco nasal et lésion cutanée: Négatifs.

Diagnost. histopathologique: Biopsie n.° 779: Lèpre tuberculoïde, type sarcoïde de Boeck (DR. H. CERRUTI).

«Leprolin-test» (21-10-36) : +++

- 19) — HELENA P. E. — 3 ans — Le père atteint de la forme mixte de la lèpre depuis 1936 est interné seulement le 10-9-35 à «Cocaes». L'enfant fut examinée une première fois le 24-10-35 et internée dans l'asile préventif de Jacarehy. Le 27-11-35, elle présente à l'avant-bras deux petites lésions papuloïdes, près du poignet, l'autre, moins évoluée et située un peu plus bas, d'aspect érythémateux, élevé, présentant au centre et sur les bords de petits nodules gros comme des têtes d'épingle. Apparaît, en outre, sur la face postérieure de la cuisse droite un petit nodule ayant les mêmes caractères. Photo 15.

Le 24-4-1937, la macule de l'avant bras, moins infiltrée, bien que présentant quelques points saillants. Photo 16.

Muco nasal et lésion cutanée: Négatifs.

Diagnost. histopathologique: Biopsie n. 593: Lèpre tuberculoïde, type sarcoïde de Boeck (DR. H. CERRUTI).

«Leprolin-test» : +++

c) LÉSIONS LICHENOÏDES, À PAPULES MILIAIRES:

Ce sont des lésions dermiques constituées de petites papules folliculaires, parfois confluentes (Obs. 22 et 23) ; parfois d'aspect régulier ou irrégulier (Obs. 20 et 22) ; d'autres fois dispersées ou isolées. A peu près de la grosseur d'une tête d'épingle, ressemblant à des petits lépromes miliaires, brillants, quelquefois rosés, d'autres fois jaunes

ou encore d'aspect érythémateux. Ces lésions sont molles au toucher, sans infiltration, excepté dans le cas de papules très confluentes.

Leur évolution est rapide. Au terme de l'évolution on constate leur aplatissement, avec perte de coloration et même disparition. Elles ne laissent pas de cicatrices mais seulement une zone hypochromique.

Toute recherche de germes, ici encore, est négative; et l'histologie présente les mêmes aspects que ceux des lésions tuberculoïdes. Les réactions au "leprolin" sont toujours positives. Ces lésions ont été observées chez des enfants plus âgés, chez l'adolescent, et même chez l'adulte. Parmi les cas observés, une fois seulement, cette lésion s'est transformée, par fusion des papules, en lésion maculeuse d'aspect tuberculoïde.

20) — AMPRILIO G. — Obs. le 7-4-37 — 13 ans. — Il a une soeur malade avec laquelle il a vécu deux ans dans l'intimité. Il y a un peu moins d'un an l'enfant aperçut, sur la face interne de la cuisse gauche une éruption de petites papules, douloureuses au début.

L'éruption se présente actuellement avec nombreuses petites papules agglomérées, grosses comme des têtes d'épingles, localisées sur la face interne et antérieure de la cuisse gauche, jaunes et dont la couleur s'accroît à la «vitro-pression». Photo. 17.

Le 8-12-37, on constate la disparition presque complète des lésions. Il reste seulement les cicatrices de biopsie et les zones hypochromiques. Photo 18.

Muco nasal: Négatif. Lésion cutanée: Négative.

Diagnost. histopathologique: Biopsie n.° 1.054: Lèpre tuberculoïde (DR. ABILIO M. CASTRO).

«Leproline-test»: ++

21) — JOSÉ N. — Obs. le 1-9-36 — 5 ans. — Le père est malade de la forme mixte depuis 1932 et interné en 1936. L'enfant fut isolé à Jacarehy. Il présentait déjà une petite macule achromique sur la cuisse, avec l'Histamine elle donna un résultat positif, pour la lèpre.

Le 24-3-37, apparurent sur cette première lésion de petits points jaunes; sur la fesse, de petites lésions papuloïdes confluentes.

Lésion cutanée: Négative.

Diagnost. histopathologique: Biopsie n.° 1.080 (lésion de la fesse) : Granulome lépreux avec structure tuberculoïde (DR. ABILIO M. CASTRO).

«Leproline-test»: +++

22) — HENRIQUE C. — Obs. le 25-2-1937 — Fiche 12.164 — 6 ans. — Le père est malade de la forme mixte, depuis plus de trois ans. Le 20-2-1937 fut interné à S. Angelo.

Le petit est examiné comme convivant. Il présente sur la fesse en disposition irrégulière, éparses et sur les cuisses de nom-

breuses petites macules érythémateuses formées de la confluence de petites lésions roses, de la grosseur d'une tête d'épingle, qui donnent un aspect jaune à la «vitro-pression». Photos 19 et 20.

Muco nasal et lésion cutanée: Négatifs.

Diagnost. histopathologique: Biopsie n.° 980: Lèpre tuberculoïde (DR. ABILIO M. CASTRO).

«Leprolin-test» : +++

23) — MOACYR L. — Obs. le 8-10-37 — 10 ans. — Il n'a pas de parents malades.

Il consulta le médecin pour une lésion à la cuisse, d'aspect épidermophytoïde et fut traité pour cela. L'examen révèle une macule de la grosseur d'une pièce d'un franc sur la fesse, dont le centre est atrophie et rosé, les bords jaunes et proéminents, d'aspect nettement tuberculoïde. Dans la région lombaire, apparaît un groupe de petites papules saillantes et jaunes, hypertrophie folliculaire localisée. Photo 21.

Muco nasal et lésion cutanée: Négatifs.

Diagnost. histopathologique: Biopsie n.° 1.062: Lèpre tuberculoïde (DR. ABILIO M. CASTRO).

«Leprolin-test» : +++

d) LES LÉSIONS SARCOIDES:

Le groupe des lésions propres à l'enfant et à l'adulte sont des lésions du type sarcoïde de BOECK, ou des lésions de forme annulaire, c'est-à-dire des lésions maculeuses de la lèpre tuberculoïde. Ces dernières ne sont pas inclusées dans cette étude.

De fait, les lésions nodulaires du premier groupe, étudiées par nous, pourraient très bien être comprises, par leur aspect clinique de même que les lésions sarcoïdes à petits nodules, dans la classification de PAUTRIER.

Les lésions du type lupoiïde tubéreux ou sarcoïde dermique de BESNIER et BOECK se caractérisent, dans leur polymorphisme, par des nodosités saillantes nettement délimitées, dures, de couleur violacée, ou bistre. Surface lisse ou irrégulière.

Nous avons eu l'occasion de vérifier chez l'adulte, à l'examen, des lésions tuberculoïdes qui ressemblent beaucoup à l'angio-lupoïde de BOECK-PAUTRIER.

Ce sont des lésions caractérisées par des plaques ou nodosités aplaties, mais quelquefois très saillantes, de forme arrondie ou ovoïdale, avec les contours bien délimités, de couleur érythémato-violacé.

La surface est recouverte par une épiderme ferme et lisse, laissant voir, par transparence, une arborisation vasculaire, d'irradiation centrifuge (Obs. 24) .

D'autres fois, ces lésions présentent une surface irrégulière, rugueuse au toucher. Ces lésions sont fermes, élevées par rapport à la peau saine.

La coloration va, toujours, d'un ton rose fort à un ton violacé foncé. doublé d'un fond ja,une.

A la "vitro-pression" l'on obtient généralement la coloration jaune-gelée classique du nodule lupique, quelquesfois plus, atténuée. D'autres fois apparaissent seulement, avec cette teinte, des nodules disperses, par-ci par là.

L'évolution, spontanée ou non, commence toujours par l'aplatissement des lésions; viennent la dépression et guérison centrale, dont les bords seals restent saillants (Obs. 25). Cet aspect érythémateux disparaît avec le temps, et il apparaît seulement une cicatrice dont is surface est un pea au dessous du niveau de la peau et présente une couleur rose.

- 24) — AUREA K. — 19 mois — Obs. 7-6-937. — Le père — fiche 12.618 — est malade depuis deux ans porteur de forme mixte, interné le 5-6-1937. L'enfant examinée comme convivante, présente une lésion de la face, que la mère déclare datée de 15 jours plus ou moins.

À l'examen on observé sur l'hemi-face droite près de la commissure des lèvres, une petite lésion nodulaire, violacée, saillante, de superficie lisse et brillante et où l'on perçoit une fine mais forte arborisation vasculaire. L'examen à la «vitro-pression» ne donne rien, et l'on ne peut reconnaître l'aspect de lupome. Photo 22:

- 25) — THEREZINHA T. — Observ. le 14-10-1935 — Fiche 3.065 — 2 ans. — Le père est malade de forme mixte. La petite vécut 9 mois, dans l'intimité avec lui. Selon les déclarations de la mère, la lésion qui se constate sur la face, date depuis 3 mois. Elle est maculeuse, arrondie, le centre déprimé, atraphié, les bords saillants, formant un véritable cordon de petizes tubercules jaunes. Photo 23.

Muco nasal: Négatif.

- 26) — BENEDICTO S. — Obs. 9-4-937 — 2 ans. — Le père est malade depuis 1934, porteur de la forme mixte, avec prédominance tubéreuse et interné le 3-9-36. Le petit fut examiné comme convivant.

Il présente, entre deux macules hypochromiques, à l'avant bras droit, une macule nummulaire, sur la face intérieure du bras droit, de la grosseur d'une pièce d'un franc, rugueuse au centre, qui est légèrement dénivelé, de couleur jaune-roux, en saillie.

Diagnost. histopathologique: Biopsie n.° 1.050: Granulome lépreuse avec structure tuberculoïde (DR. ABILIO M. CASTRO).

«Leprolin-test»: ++

- 27) — LOURDES C. P. - Obs. 9-3-937 — Fiche 2 579 — 6 ans. — La mère est malade de la forme tuberculoïde. Toutes deux vécurent dans l'intimité avec un malade de forme mixte. La petite présente, à l'examen, une macule ovoïdale, érythémateuse, sur le dos de la main gauche, au niveau de son articulation avec l'index, infiltrée, saillante, anesthésique. Photo 24.

Muco nasal: Négatif. Lésion cutanée: Négative.

Diagnost. histopathologique: Biopsie: Lèpre tuberculoïde, type sarcoïde de Boeck (DR. ABILIO M. CASTRO).

«Leproline-test»: ++

- 28) — ODETTE — Obs. le 19-4-1937 — 11 ans. — Elle n'a pas de parents malades. Il y a six mois, plus ou moins, apparurent les suivantes lésions:

À la face, près de l'arcade zygomatique, une lésion érythémateuse, ovoïdale, fortement infiltrée, très rugueuse au toucher, en saillie. Photo 25.

A la jambe droite: tiers inférieur, macule externe rousse. Les bords irréguliers.

Muco nasal: Négatif. Lésion de la jambe: Négative.

Diagnost. histopathologique: Biopsie n.° 699 (lésion de la jambe) : Lèpre tuberculoïde (DR. ALAYON).

COMMENTAIRES

Les cas que nous présentons ont, entre eux, beaucoup de points communs .

Tous, moins deux (Obs. 23 et 28) sont des fils de lépreux porteurs de la forme la plus contagieuse (tubéreuse et mixte) . Le temps de la contamination fut long et la contagion directe, avant été produite par contact familial. Ce sont généralement des enfants qui sont victimes de massives contaminations. Cependant cette contamination au lieu de diminuer la résistance organique et d'occasionner un état d'anergie, propre aux formes lépromateuses, ainsi que le croit l'opinion classique, n'a, au contraire, d'autres résultats, ici que le provoquer des lésions bénignes, hautement allergique, comme est, entre autres, la forme tuberculoïde primaire, observée par nous et cliniquement individualisée. L'enfant aurait-il une immunité congénitale, ou bien, aurait-il acquis cette immunité après la naissance, du fait de contaminations successives?

La rare fréquence de la lèpre avant un an — nous connaissons seulement un cas au Brésil — même parmi les enfants allaités par des mères malades et porteuses de formes contagieuses, s'explique, peut-être, par une immunité congénitale, observée fréquemment dans les maladies infectieuses.

Cette immunité congénitale propre aux enfants allaités diminuerait progressivement durant la 1^o. enfance et disparaîtrait après un an, quand les contaminations ne rencontrent pas l'état naturel de défense organique.

C'est ainsi, alors, qu'apparaîtraient, après cet âge, ces cas de lépre. Mais jusqu'à un an, les enfants semblent avoir reçu une continuelle contamination, surtout quand elle provient du contact maternel.

Or cette contamination d'abord vaincue par l'immunité congénitale donnerait probablement origine à la formation d'anticorps, d'une quantité proportionnée à la virulence des attaques, de manière à provoquer l'apparition de ces cas tuberculoïdes de la 1^e. enfance qui sont les formes cliniques caractéristiques d'un organisme résistant à l'infection ou d'un organisme immunisé.

Notre argumentation et nos observations aboutissent à des conclusions qui divergent partiellement de la conception classique qui est en faveur de la susceptibilité et faible résistance de l'enfant à l'infection hansénienne. Notre hypothèse a, pour elle, la longue observation de ces cas, ainsi que les observations d'un grand nombre d'autres cas d'enfants internés dans les asiles préventifs.

L'éloignement de tout foyer contagieux, obtenu grâce à l'isolement et à l'internement des enfants dans des établissements préventifs; et là, une alimentation soignée, une hygiène rigoureuse, une assistance médicale bien comprise qui prend soin des petits malades et relève chaque jour leur état général, sont à notre avis, des facteurs puissants, qui conditionnent favorablement l'évolution de la lépre, dans l'enfance.

Dès qu'on élimine toute possibilité de contamination, dès que l'on prend un soin attentif de l'état général, les enfants présentent, comme nous l'avons observé, une grande résistance aux charges d'infection reçues antérieurement.

Au tours de cinq années d'observations faites à l'Asile Préventif de Jacarehy, nous nous sommes convaincus, chaque fois plus, que non seulement la forme tuberculoïde, mais même la macule achromique — qui sont les lésions cutanées les plus fréquentes de la lépre infantile — tendent à une guérison spontanée par les simples soins généraux d'hygiène et d'alimentation indépendamment de tout traitement spécifique; et que ces conditions proviennent d'un état immunobiologique indiquant une disposition, particulièrement favorable, de défense organique contre l'infection. Jamais nous n'avons vu dégénérer une forme tuberculoïde primaire — réellement tuberculoïde — (qu'elle soit de l'enfant ou de l'adulte) en une forme lépromateuse.

Le but de cette étude est dont d'attirer l'attention des leprologues, sur une morphologie différente et nouvelle de la lèpre tuberculoïde chez l'enfant et chez l'adulte. En effet, si chez l'adulte, la réaction tissulaire tuberculoïde et ses conséquentes manifestations, cliniques sont caractérisées par des aspects cliniques bien déterminés, chez l'enfant, au contraire, la lèpre tuberculoïde a un aspect qui lui est propre, comme nous avons cherché à le montrer dans cette étude détaillée.

RESUME

Dans ce travail l'Auteur étudie les aspects cliniques de la lèpre tuberculoïde chez l'enfant.

L'Auteur éveille l'attention des Médecins sur sa morphologie particulière, qui diffère de celle que l'on observe dans la lèpre tuberculoïde chez l'adulte.

Les 28 cas, observés dans les ambulatoires et établissements préventifs pour les enfants, ont été classés selon leur aspect clinique, de la façon suivante:

- a) Forme nodulaire;
- b) forme papuloïde;
- c) forme lichénoïde (Papules miliaires);
- d) forme sarcoïde de Boeck.

Les études de chacune de ces formes sont accompagnées de nombreuses observations et photographies.

L'histologie pathologique de ces cas a été confiée aux Prof. DR. ABILIO M. CASTRO et DR. H. CERRUTI.

L'auteur conclut, dans son étude, à la benignité de cette forme de lèpre chez l'enfant, qui n'évoluerait jamais, vers la forme lépromateuse, mais suivrait toujours une marche régressive et généralement spontanée.

L'auteur relate la fréquence de cette forme de lèpre, parmi les enfants qui se trouvent en contact intime avec les porteurs de formes cutanées, ce qui montre, sans doute, la contagiosité de ces cas, mais aussi le haut degré d'immunité dont font preuve les enfants par leur grande résistance à l'infection.

Il attire enfin l'attention des Médecins sur les cicatrices que laissent ces lésions, surtout sur leur aspect très particulier, qui permet de faire un diagnostic rétrospectif des lésions, dès que la réaction au «leprolin» est positive.

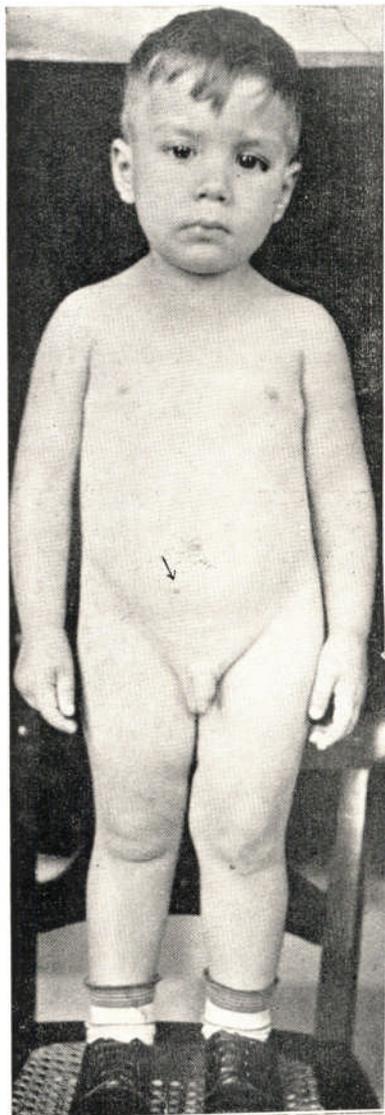
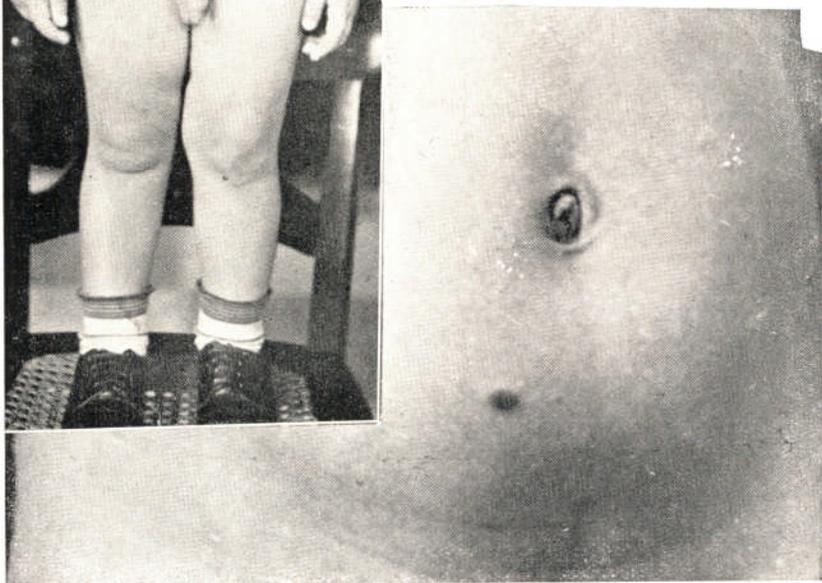


Photo 1 et 2 — Obs. 1

Lésion nodulaire de l'abdomen.



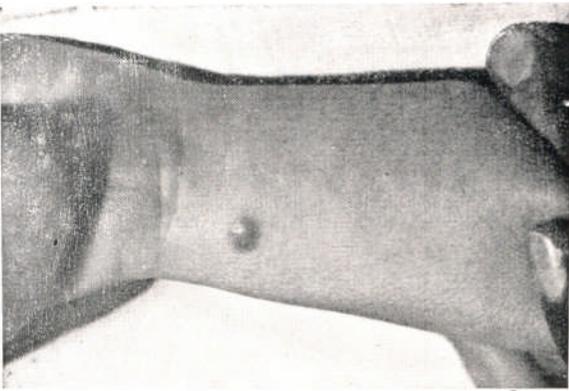


Photo 3 — Obs. 4

Lésion unique,
nodulaire.



Photo 4 — Obs. 7

Lésions nodulaires, en degrés varies
d'évolution.



Photo 5 — Obs. 9
Deux nodules de la
région zygomatique



Photo 6 — Obs. 9
Cicatrices des lésions.
Halo achromique et
dépression centrale.



Photo 7 — Obs. 10

Lésion nodulaire dans la région
surpubienne et lésion papuloïde
de la cuisse.



Photo 8 — Obs. 11

Lésion nodulaire au dessous du coude.

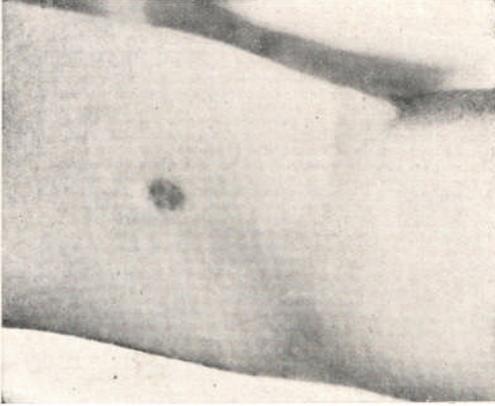


Photo 9 — Obs. 12

Lésion nodulaire en régression. Dépression centrale où l'on voit de petits nodules violacés.



Photo 10 — Obs. 13

Lésion nodulaire en régression.
Aplatissement de la lésion.



Photo 11 — Obs. 14
Lésions papuloïdes en régression ; on voit le halo achromique.



Photo 12 — Obs. 15
Deux lésion papuloïdes cicatrisées



Photo 13 — Obs. 17

Lésion papuloïde
de la cuisse.



Photo 14 — Obs. 18

Lésion papuloïde
de la cuisse.



Photo 15 — Obs. 19
Lésions papuloïdes de l'avant-bras



Photo 16 Obs. 19
Cinq mois après. Involution spontanée Régression.



Photo 17 -- Obs. 20
Lésion lichénoïde, à papules miliaires, dispersées.



Photo 18 — Obs. 20
Même lésion après quatre mois. Cicatrice de biopsie et disparition presque complète de la lésion.



Photo 19 — Obs. 22

Lésions lichénoïdes en papules confluentes.



Photo 20 — Obs. 22

Lésion lichénoïde,
papules miliaires
folliculaires.

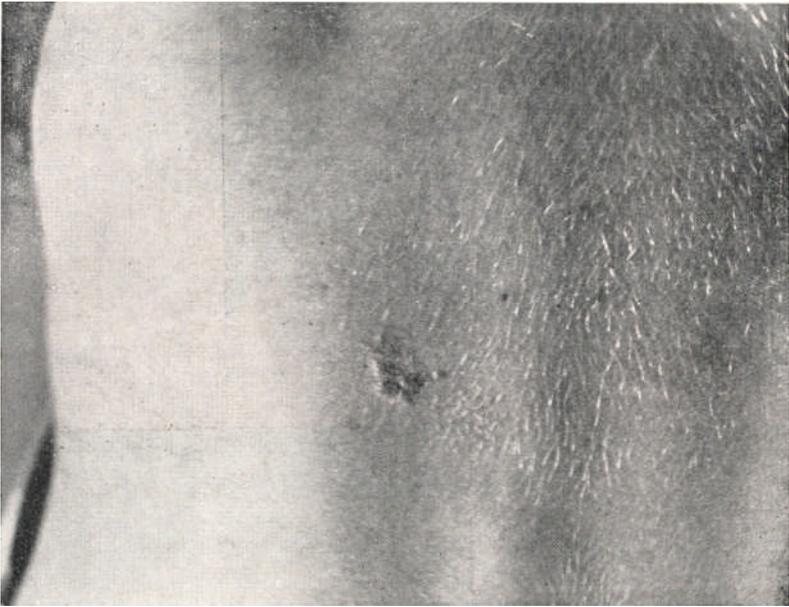


Photo 21 -- Obs. 23

Les: on lichénoïde à papules confluentes; un peu en bas, lésion folliculaire initiale.

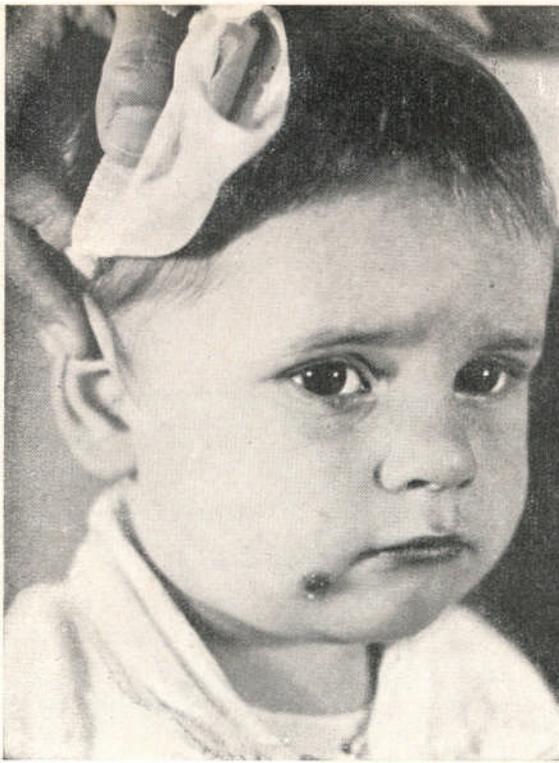


Photo 22 — Obs. 24

Lésion nodulaire du
type de l'angio-
lupoïde.

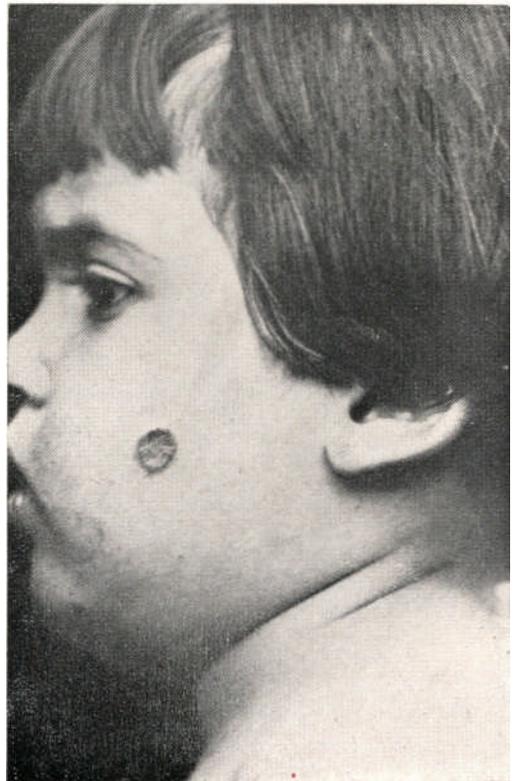


Photo 23 — Obs. 25

Lésion du type sarcoïde, déjà
avec atrophie centrale. Bords
saillants.



Photo 24 — Obs. 27

Lésion plane du type sarcoïde de Boeck.



Photo 25 — Obs. 28

Lésion proéminente de nodules confluentes au type sarcoïde de Boeck.