

## L'INFLUENCE DE LA REACTION LEPROTIQUE SUR LA MARCHE DES LÉSIONS CUTANÉES LÉPREUSES. \*

LUIZ MARINO BECHELU  
EDISON DA COSTA VALENTE.  
(de l'Asyle-Colonie Cacaos).  
São Paulo — Brasil.

En 1936, lors de la deuxième réunion annuelle des médecins du "Departamento de Prophylaxia da Lepra", nos confrères SOUZA LIMA, MENDONÇA DE BARROS et SCHUJMAN (3) présentèrent, sous le titre: "Influence de la réaction léprotique sur l'évolution de la lèpre cutanée", un travail très intéressant et actuel sur une matière si important et discutée.

Prenant en consideration le valeur et l'importance des conclusions des ces auteurs, dont les observations eurent lieux aus hôpitaux PADRE BENTO et SANTO ANGELO, nous avons cru qu'il était convenable de faire une étude pareille entre les malades internés à "Cocaes".

Avant de commencer la description du travail des auteurs cités, avec les détails qu'il mérite bien, nous mentionnerons les opinions des autres auteurs qui font allusion, d'une manière superficielle sauf peu d'exceptions, à l'étude que nous avons en vue.

D'après leurs recherches à CULION (\*), RODRIGUEZ, NICOLAS e PINEDA (cit par Klingmüller, 1) soutiennent l'opinion de WADE, selon laquelle les poussées éruptives intenses sont généralement favorables. Pour soutenir son opinion, RODRIGUEZ présent la statistique suivante: parmi les malades qui avaient eu une poussée ou plus, 40,5% présentaient des améliorations, 40,6% sont restés stationnaires et 18,9 se sont aggravés; les malades qui avaient eu une petite réa-

---

(\*) Nous remarquons une discordance dans cette citation: d'après Green (2) «la valeur de ces réactions relativement à l'amélioration et à la guérison, est considérée très douteuse à Culion».

---

\* Présenté au Congrès International de Léprologie, Cairo, 1938.

ction furent plus bénéficiés car 50,3% se sont améliorés, 39,6% étaient stationnaires et 10,1% était dous un état pire. Parmi les médecins de CULION nous remarquons toutefois qu'il y a desaccord sur la matière en question, car LARA (cit. 8) est d'avis que la réaction léprotique est "rarement nécessaire et généralement nuisible". Cet autre rapport que 90% des 528 malades rendus négatifs et considérés guéris dans la période de 1922 jusqu'au milieu de 1927, n'ont eu aucune réaction appréciable pendant toute la période de traitement. Toutefois, it a quelquefois observé améliorations notables et exceptionnellement des guérisons apparentes, à la suite de réactions légères ou sévères.

Selon MAXWELL (12) "la réaction, quand'elle est modéré, petit être favorable au malade, en servant de stimulant au pouvoir de réaction de l'organisme, et conduisant à une plus grande rapidité pour l'involution des lésions rémanascentes. Il est admirable de voir, aux cas favorables, comment non seulement les macules de formation récente sur la peau peuvent disparaître, mais aussi des nodules plus anciens deviennent moins évidents et de grosseur réduite, suivant la régression de la poussée éruptive. La réaction, toutefois, sauf si elle est rigoureusement contrôlée, n'est pas en général favorable au malade; les lésions nouvelles peuvent former des éléments durables et l'affaiblissement que la réaction provoque chez le malade petit le rendre moins résistant à la maladie". La même avis, plus ou moins, est celui de ROGERS (4) qui pense qu'en général il peu prendre des précautions et ne pas laisser le malade arriver aux réactions fortes. GUSHE et TAYLOR, et LOWE (cit p. KLINGMÜLLER, 1) considèrent aussi qu'il est prudente d'éviter la réaction leprotique.

Selon STEIN (11), it y a aggravation de l'état dermatologique dans la plupart des cas, car chez des malades tubéreux il n'a observé la réduction des tubercules que chez 3,49% des cas. HANSEN (cite par KLINGMÜLLER, 1) est d'avis que les malades deviennent plus lepreux après chaque éruption. LELOIR (10) affirme aussi que les malades redoutent la réaction leprotique "parce que après chacun de ces paroxysmes ils deviennent encore plus lepreux qu'ils ne l'étaient avant". Il signale toutefois que plusieurs fois, après des poussées éruptives, un grand nombre de nodules se ramollissent et s'ulcèrent, on quelquefois ils se réabsorbent.

D'ailleurs, KLINGMÜLLER (1), GAY (9), GOUGEROT (6), DEVASIRVADAN (5), BARRERA & CHAVARRIA (cit p. KLINGMÜLLER), affirment que pour plusieurs cas, la marche de la lèpre serait probablement modifiée sous l'influence de la réaction leprotique.

En nutre, KLINGMÜLLER (1), ROGERS & MUIR (7), affirment que dans quelques cas les poussées éruptives se répètent avec fréquen-

ce, l'une après l'autre, pouvant provoquer un rapide dénouement mortel. Sur 500 nécropsies, PINEDA (Cit p. KLINGMÜLLER, 1) attribue à la réaction léprotique la responsabilité de la mort de 4 malades.

Considérons maintenant le travail de SOUZA LIMA, MENDONÇA DE BARROS et SCHUJMAN (3). Ces auteurs ont choisi les malades, en n'admettant dans leur statistique que ceux de forme cutanée (avec lésions bacillifères et à structure lepromateuse) et ceux qui avaient été observés pendant une période prolongée, de un an et demi au moins. Ainsi, 33 malades furent observés, parmi lesquels 12 se sont améliorés et 7 eurent leur maladie stationnaire avec la réaction léprotique ; de 14 malades chez qui la maladie évolue, seulement 4 eurent des poussées éruptives. "La lecture de ces chiffres, disent les auteurs, nous démontre que la réaction léprotique intense a été favorable pour les cas cutanés, en les améliorant ou en empêchant leur aggravation pour 85% des cas qui l'ont eue, en contrast avec la totalité d'aggravations chez ceux qui ne présentèrent pas cette intercurance. De 4 malades qui eurent la réaction léprotique et furent classés comme aggravés, 3 l'eurent 1 et 2 fois, tandis que tous ceux qui présentèrent des améliorations l'eurent au moins 4 fois, intense et prolongée".

Ils concluent que "le syndrome complet de la réaction léprotique, c'est-à-dire réaction cutanée répétée avec température élevée et de durée prolongée, est généralement bienfaisant pour les cas cutanés, parce qu'il empêche l'évolution de la maladie et améliore l'état cutané des patients".

En faisant le bilan de la bibliographie mentionnée, nous voyons que les opinions sont dévisées, pour considérer que la réaction léprotique est favorable ou nuisible au malade. Le plus grand nombre des auteurs la considère nuisible au malade, en assurant toutefois que, plusieurs fois, elle peut lui provoquer des bénéfices. D'autres affirment que les poussées de réaction sont bienfaisantes pour les malades, amenant une amélioration de leur état dermatologique.

Voyons maintenant le résultat de nos observations à l'hôpital de Cocaes. Dès maintenant nous affirmons que l'appréciation des cas observés est très complexe et difficile, dans le sens de dire que la cause de leur amélioration ou aggravation a été la réaction léprotique, car d'autres facteurs peuvent être associés ou présents et ils nous amènent peut-être à accuser ou à louer la réaction léprotique sans qu'elle soit la cause directe des changements de la maladie. C'est ainsi que, chez un malade qu'aurait eu la réaction léprotique, mais qui aurait continué le traitement pendant les intervalles entre chaque poussée, est difficile — en cas d'amélioration de l'attribuer seulement à la réaction léprotique, ainsi qu'à la seule action traitement, considérant la réaction léprotique comme rétrodatrice des résultats

bienfaisants. En contraste, pour l'autres cas, le malade a la réaction leprotique et son état s'aggrave avec les poussées éruptives: n'y aurait-il pas eu jeu d'autres facteurs, comme des maladies intercurrentes qui influeraient, et même d'une manière décisive, pour l'aggravation de l'état du malade? Exemplif ions, avec l'observation suivante:

#### OBSERVATION 1

Isolina Z., malade de forme clinique mixte, âgée de 12 ans; présente une réaction leprotique continue, depuis décembre 1935, de type aigu et sous-aigu (\*). Lors de l'examen dermatologique initial (le 7-8-1935) elle présente des sourcils raréfiés; le front, la face, le nez et le menton infiltrés; des nodules éruptifs en régression aux membres supérieurs et inférieurs. Après deux années de réaction leprotique, lors de la revision faite le 30-9-1937, la figure est encore infiltrée mais moins intensément; les avant-bras, les jambes et les cuises se présentent très infiltrés, empâtés même; l'infiltration est moins intense aux bras et aux cuisses; macule rosée cicatricielle à la fesse droite; nodules éruptifs disséminés par les membres supérieurs et inférieurs. L'examen physique de la malade ainsi que l'examen de laboratoire, ont mis en évidence les maladies intercurrentes que voici : anémie, verminose, foyers dentaires et splénomégalie.

À la suite de ces constatations nous concluons que la maladie a avancé. On doit reconnaître toutefois, prenant en considération les intercurrentes mises en évidence par l'examen clinique, que la réaction leprotique toute seule ne peut pas être accusée de l'aggravation de la maladie, que nous attribuons donc de préférence aux maladies intercurrentes. C'est pour cette raison que nous avons cherché à observer les malades dont l'état général était bon ou presque.

Pour le but que nous nous proposons d'atteindre, l'idéal serait d'observer des malades dont l'état général serait peu compromis avant les éruptions et qui n'auraient point recommencé le traitement antileprotique après la manifestation de la première poussée éruptive. Ces conditions excellentes son rarement reconstruites. Afin que les cas fussent admis à faire partie de notre matériel d'étude, nous avons exigé qu'ils eussent de réaction leprotique depuis, au moins, un an et demi à deux ans.

En sélectionnant les malades de telle manière, nous n'avons pu observer qu'un nombre réduit; des centaines de malades que nous

---

(\*) Nous considérons qu'une réaction leprotique est aiguë quand les phénomènes de réaction sont intenses, le malade présentant une température élevée, supérieure à 38,5- 39° avec de nombreux éléments cutanés éruptifs et perte de forces que l'oblige à s'aliter. — La réaction leprotique sous-aigüe serait celle clout les phénomènes éruptifs sont moins prononcés.

avons observé et qui présentaient de réaction leprotique, 52 settlement constituent la base de nos considérations. Ce nombre de malades est très réduit pour permettre de généraliser comme conclusion le résultat de nos observations

Avec notre contribution il ne nous est pas possible, et nous ne le prétendons point, d'affirmer définitivement si la réaction leprotique améliore ou aggrave l'état cutané du malade lepreux; ce que nous désirons c'est d'attirer l'attention sur une question de très grande importance qui, après avoir mérité l'attention de nos confrères de l'Hôpital Padre Bento et ensuite la nôtre, devra intéresser aussi d'autres confrères.

Avant de commenter les observations, il nous paraît opportun de dire que dans un cas la réaction leprotique a provoqué la mort du malade par la succession continuelle des poussés éruptives.

#### OBSERVATION 2

Italo L., de 49 ans, blanc; il s'agit d'un malade qui était relativement fort, et qui s'occupait de besognes qui exigeaient un certain effort. En juin 1936 it a commencé a avoir la réaction leprotique, de type aigu et sous-aigu, qui s'est prolongée jusqu'à janvier de l'année en cours, quand, par l'aggravation progressive de son état général, le malade est entré dans une période de cachexie et il est mort ensuite.

C'est le seul cas que nous ayons observé, où la réaction leprotique paraît avoir conduit le malade à la mort; nous ne citons cette observation que pour attirer l'attention sur la gravité que la réaction leprotique peut avoir quelquefois, quoique ce fait ne soit que très rare, si nous prenons en considération le nombre très élevé de malades avec cette intercurrence, que nous avons observé à l'hôpital, avec des poussés éruptives moins prononcées dans la plus grande partie des cas, il est vrai.

En considérant maintenant la partie qui nous interesse directement, c'est-à-dire l'influence de la réaction leprotique sur les lésions cutanées lepreuses, nous avons observé quelques cas où elle a provoqué chez les malades des améliorations sensibles, comme on peut voir par les observations suivantes.

#### OBSERVATION 3

José M. O., âgé de 35 ans, de forme mixte, il a eu plusieurs réaction leprotiques en 1933 et en 1935, la réaction ayant été continuelle en 1934; les poussées éruptives sont aiguës et sous-aigües.

Lors de l'examen dermatologique fait le 31-3-933 on remarqua que les sourcils étaient raréfiés; les oreilles, la face et le menton infiltrés; hypertraphie des mamelons; tubercules aux oreilles, aux fesses, aux pieds et aux coudes; les lepromes de ces derniers étaient ulcérés.

À l'occasion de la première revision, le 22-9-1934, nous avons observé l'existence de tubercules à la face et au front; au thorax, plusieurs macules très infiltrées et de nombreux nodules éruptifs. Des macules infiltrées aux bras et aux avant-bras, qui se présentent empatement de la partie antérieure des cuisses et des pieds. Macules assez infiltrées aux cuisses, aux genoux et aux pieds. Nodules éruptifs aux membres supérieurs et inférieurs. Aucune altération aux régions que nous n'avons pas mentionnées.

À la deuxième revision, faite le 17-4-1937, nous avons remarqué la disparition des lepromes qui siègeaient aux régions signalées lors des examens antérieurs, ainsi que la disparition des nombreuses macules infiltrées disséminées sur tout le corps.

Pendant les 4 années d'internement à l'hôpital, il n'a pris que 303 cc. d'esters créosotés de chaulmoogra, le traitement chaulmoogrique fait avant été très petit après le commencement de la réaction leprotique.

#### OBSERVATION 4

Pedro C., âgé de 28 ans, présente une réaction leprotique continue depuis Novembre 1934 jusqu'au mois d'Avril 1937 (époque où nous l'avon examiné) et qui fut aigüe pendant trois fois.

Le premier examen dermatologique eut lieu le 22-9-1934: facies caractéristique, sourcils raréfiés. Figure assez infiltrée, avec de nombreux petits tubercules. Au dos et à la région lombaire, ainsi qu'à la face antérieure du thorax, la peau est légèrement infiltrée, et l'on y trouve plusieurs nodules, quelques uns érythémateux. D'innombrables nodules aux bras, parmi lesquels quelques uns sont érythémateux. Aux avant-bras le nombre de lepromes est moindre. Doigts empâtés. Fesses avec macules assez infiltrées et en régression; quelques tubercules. Empatement des jambes et du tiers inférieurs des cuisses, oit l'on trouve des nodules dont quelques uns sont érythémateux; macules assez infiltrées à la jambe droite et au tiers supérieurs des deux cuisses. Ulcération à la jambe gauche. Empatement des pieds.

Nous avons procédé à la revision le 8-4-1937, après deux ans et demi de réaction leprotique: nous avons constaté la disposition des lepromes de la face, des oreilles, des membres supérieurs et inférieurs, des régions antérieure et postérieure du thorax et de l'hypogastre. Les macules infiltrées qu'il présentait auparavant ont évolué en régression. Nous constatons l'existence de nodules érythémateux aux membres et au tronc. Empatement aux bras et aux avant-bras. Les doigts sont un peu pulpeux. Quelques lepromes et macules infiltrées récentes.

Jusqu'au 31-12-1934 le malade avait suivi le traitement suivant: 86,5 cc. de chaulmoogra, des esters créosotés surtout. Ce traitement, pourtant, fut fait avant qu'il eut commencé à avoir des poussées éruptives.

Comme on peut déduire de la lecture de ces deux observations, les malades ont eu une amélioration notable, et — nous attirons l'attention sur ce point — ayant fait peu ou point du tout, de traitement antiléprotique; pour cette raison il nous paraît juste d'attribuer ces améliorations à la réaction leprotique.

Pour d'autres cas nous avons observé une aggravation accentuée de la maladie, comme on peut voir par la lecture des observations suivantes.

#### OBSERVATION 5

Manoel R. C., de forme clinique tubéreuse, âgé de 46 ans, a depuis 1927 une réaction leprotique de type aigu et sous-aigu, qui se répète a plusieurs reprises. Le premier examen dermatologique a liens le 24-4-1930 et il permet de constater à cette occasion des sourcils très raréfiés, des lépromes diffus à la face, aux bras, avant-bras et aux fesses. Des tubercules aux oreilles. Macules violacées à la face, au thorax antérieur et à la région lombaire.

Le première revision eut lieu le 20-9-1934: des nodules à l'hypogastre, infiltration au tronc. Fesses infiltrées et avec quelques petites macules très infiltrées. Cuisses empâtées sur toute leur surface et avec d'innombrables nodules et de petites macules assez infiltrées. Grand tubercule à la région poplitée droite. Jambes très empâtées, douloureuses, de couleur violacée. Les lésions que nous passons sous silence ne présentent point d'altérations.

Deuxième revision faite in 17-4-1937: les oreilles sont moins infiltrées. Un grand nombre de macules infiltrées sur les membres et au tronc. À la cuisse droite, à la face externe du tiers supérieur, nous remarquons un grand nombre de petits tubercules.

#### OBSERVATION 6

Joaquim F. A., âgé de 33 ans, de forme clinique mixte. La maladie aurait commencé il y a 24 ans, par une grande bulle d'eau au coude droite, à la suite de quoi la région cubitale devint anesthésique. Sept ans plus tard il eut la première poussée éruptive, qui se répète d'une façon continue jusqu'à l'époque actuelle. Il est interné depuis 1932, ayant fait peu de traitement antileprotique à cause des poussées éruptives. Ces poussées, malgré tout le traitement institué, ne l'ont point abandonné ces deux dernières années. Les réactions leprotiques sont des types aigu et sous-aigu et l'ont obligé à plusieurs reprises de s'aliter jusque pendant deux mois.

Le premier examen dermatologique eut lieu le 12-9-1935, done quand le malade avait déjà depuis des années la réaction leprotique, et il nous permit de constater: sourcils raréfiés à l'extremité externe, oreilles pen infiltrées, dont la gauche présentait deux tubercules. La peau de l'épigastre est infiltrée, ainsi que celle de la face postérieure du tronc. Cicatrice de pemphigus au coude droite. Aux fesses, de rares points d'infiltrations. Les

cuissees présentaient des zones d'empâtement. Jambes avec plusieurs cicatrices de nodules éruptifs ulcérés. Pieds violacés. Ganglions inguinaux et cruraux palpables.

Lors de la revision faite le 30-9-1937 nous avons remarqué les suivantes altérations du tableau dermatologique: les tubercules de la main droite et de l'oreille gauche sont en regression. La peau des avant-bras se presente atrophiée. Grand empâtement des jambes. Atrophie et infiltration de la peau aux fesses et aux cuisses. Infiltration de la région malaire. Réplétion accentuée des ganglions cruraux.

*Considérations sur le cas:* Entre le premier examen dermatologique et la revision, après une période de deux ans, pendant laquelle le malade s'est soumis à un traitement très modéré, le cas présente une lèrère aggravation. Si nous considérons toutefois que, immédiatement après le commencement de la maladie, le malade a commencé à avoir la réaction leprotique, qui s'est continuellement répétée jusqu'à l'époque actuelle, avec l'apparition de lepromes qui on transformé le cas en lèpre mixte, nous constatons que la maladie s'est progressivement aggravée sous l'influence probable des poussées éruptives.

Par ce deux observations que nous venons de présenter, nous voyons que la maladie s'est aggravée chez les malades qui, depuis plusieurs années avaient des réactions leprotiques aigües et sousaigües.

Intéressante, aussi, est l'observation que nous présentons cidesous, à le malade presque en condition d'être déclaré guéri, commença à avoir la réaction leprotique à la suite de laquelle it y eut une aggravation prononcée de son état dermatologique.

#### OBSERVATION 7

Prospero F., âgé de 46 ans, et de forme clinique, mixte. Réaction leprotique continuele depuis 2 ans et trois mois, de type sous-algu,

Examen dermatologique le 17-9-1936: Macules érythémateuses non infiltrées, de bords nets, presque toutes circulaires à centre clair, localisées sur le tronc, les fesses et les cuisses. Des tubercules clairs aux avant-bras, aux jambes, aux cuisses et aux fesses; il sont rares à quelques unes des régions citées et plus fréquentes chez d'autres.

Premier examen dermatologique le 18-4-1933: Pommettes et front légèrement infiltrées. Raréfaction du tiers externe des sourcils. Macules érythémateuses éparses au thorax, aux bras, aux fesses et aux cuisses. Condes infiltrés. Atrophie musculaire de la région hypothénar et interosseuse gauche.

Première revision le 3-11-1934: Westiges de tâches à la région mammaire gauche et à l'épigastre; amyotrophie discrète de la main gauche. Sciatiques, supra-orbitaires, auriculaires et cubitiaux (nerfs), légèrement épaissés.

A cette date il devait être présenté pour la sortie de l'hôpital quelques jours avant s'étaient présentés à l'avant-bras gauche deux nodules sous-cutanés.

Le 10-12-1934, réaction leprotique.

Deuxième révision le 21-3-1936: Nodules éruptifs disséminés par les membres. Il présente plusieurs petits tubercules aux fesses, aux cuisses, aux jambes et aux avant bras. Macules érythémateuses au thorax.

Troisième révision le 17-9-1936: La même description de la deuxième révision.

Quatrième révision le 1-3-1937: Les macules érythémateuses du thorax ne sont pas infiltrées, et elles présentent en cette occasion une coloration foncée; plusieurs points d'infiltration folliculaire apparaissent toutefois. La main gauche présente une légère contraction du doigt annulaire. Les autres lésions ne présentent pas de modifications.

Traitement jusqu'au 31-12-1936: 505 cc. de chaulmoogra intramusculaire, dont la plus grande partie était de l'E. C. C. (esters Créosotés de Chaulmoogra).

*Considérations sur le cas:* Le cas était bon avant la réaction leprotique, après laquelle il y eut une aggravation accentuée de la maladie.

Après la mention des observations qui nous ont paru les plus démonstratives sur l'interférence possible de la réaction leprotique dans l'amélioration ou l'aggravation de l'état des malades qui l'ont eue, nous rapporterons tous les cas que nous avons accompagné avec leurs observations succinctes, afin qu'il soit possible de connaître le mode de envisager chaque cas, que nous avons suivi. Au total, nous avons observé 52 malades, dont les observations suivent la fin de cette étude.

D'après la statistique générale que nous avons établie, sur l'influence de la réaction leprotique sur les malades, nous observons qu'il y a eu amélioration de l'état cutané chez 5 malades seulement, tandis que 35 ont eu leur état aggravé; 12 patients n'ont pas eu de modification sensible de leur état dermatologique.

Nous relationnons l'amélioration, aggravation ou stationnement de l'état cutané avec la forme clinique des malades dans le tableau statistique qui suit :

<i>Forme clinique</i>	<i>Améliorés</i>	<i>Stationnaires</i>	<i>Aggravés</i>
Cas mixtes avec tubercules .....	4 cas (10 %)	10 cas (25 %)	26 cas (65 %)
Cas mixtes avec macules et infiltrations	1 cas (8,4%)	2 cas (16,6 %)	9 cas (75 %)
Total .....	5 cas	12 cas	35 cas

Par les cas que nous avons observé, et leur nombre est petit, il nous paraît que les malades tubéreux ont été moins éprouvés par la réaction leprotique, non seulement parce que le nombre des cas améliorés est légèrement supérieur à celui des autres malades (avec macules et infiltrations lepromateuses), mais aussi parce que c'est chez eux que nous observons le pourcentage d'aggravations le plus réduit.

Mais la statistique suivante, où nous relationnons l'amélioration, l'aggravation et le stationnement de la lepre cutanée avec la gravité des phénomènes réactionnels, est plus intéressante. Nous répétons, pour éclairer la question, que nous appelons "aigüe" la réaction leprotique, quand les éléments éruptifs cutanés sont nombreux et que nous sommes en présence d'une fièvre élevée et de la diminution accentuée des forces; et que nous considérons "sousaigües" les poussées où les phénomènes réactionnels sont peu intenses, non accompagnés de fièvre ou avec une légère élévation de la température, et où l'état général est peu affecté.

<i>R. Leprotique</i>	<i>Améliorés</i>	<i>Stationnaires</i>	<i>Aggravés</i>	<i>Total</i>
Aigüe . . . . .	4 cas (10,5 %)	5 cas (13,2 %)	29 cas (76,3 %)	38
Sous-aigüe .	1 cas (1,15 %)	7 cas (50 %)	6 cas (42,85 %)	14
<b>Total . . .</b>	<b>5 cas (9,7 %)</b>	<b>12 cas (23 %)</b>	<b>35 cas (67,3 %)</b>	<b>52</b>

Cette statistique est de grand intérêt pour nous, car elle permet de comparer l'influence des poussées aigües et sous-aigües. Elle permet d'affirmer que la réaction de type aigu a provoqué l'amélioration de l'état cutané des malades plus que ne l'a fait la réaction sous-aigüe; malgré cela, elle a le désavantage d'avoir causé l'aggravation d'un grand nombre de malades. Si nous considérons les cas stationnaires comme ayant été favorisés par la réaction leprotique, qui n'a point permis une évolution de la maladie, nous constaterons que les poussées aigües ont agi favorablement sur 23,7%, seulement des cas, tandis que les sous-aigües ont été favorables sur 57,15% des cas, proportion deux fois plus grande.

D'accord avec ce point de vue, la réaction leprotique aigüe provoque des améliorations de l'état des malades dans moins d'un tiers des cas; et pour plus de deux tiers on peut lui reprocher l'aggravation de l'état des malades.

Il est nécessaire de remarquer que, pour les cas où il n'y a pas eu d'amélioration ni d'aggravation de la maladie par le moyen de

la réaction leprotique, le stationnement peut être attribué aussi à la médication chaulmoogrique. Huit parmi les douze malades qui eurent leurs lésions cutanées stationnées avaient été soumis à un traitement antileprotique régulier, tandis que quatre furent complètement éloignés du même; chez ces quatre malades la réaction leprotique semble avoir été le seul facteur qui a empêché la progression des lésions, ayant été, donc, bienfaisante.

Des considérations et des statistiques, nous pouvons affirmer que la réaction leprotique est bien plus nuisible que bienfaisante pour les malades, chez qui elle provoque, dans un nombre bien plus grand de fois, l'aggravation de l'état dermatologique. Ces aggravations sont bien plus prononcées chez les malades avant eu la réaction leprotique de type aigu (la grande majorité des malades a eu plus de deux poussées éruptives), qui toutefois dans un petit nombre de cas a provoqué une amélioration considérable et surprenante des lésions cutanées, bien plus que la réaction de type sous-aigu.

Le jugement pessimiste que nous avons fait de la réaction leprotique diverge beaucoup de celui de nos distingués confrères Souza LIMA, MENDONÇA DE BARROS et SCHUJMAN, qui la considèrent comme étant généralement bienfaisante. Cette divergence découle peut-être du fait que — comme les confrères cités — nous avons réuni pour notre statistique, après sélection rigoureuse, un nombre réduit de cas qui ne permet pas de généraliser et d'adopter comme conclusion notre avis que la réaction leprotique est nuisible aux malades.

#### BIBLIOGRAPHIE

- 1 — KLINGMÜLLER — Febre leprosa. Reacção Leprotica. «Die Lepra», pag. 493.
- 2 — GREEN — Algumas observações sobre a reacção leprotica. Zentralblatt, 1930, vol. 30, pag. 238.
- 3 — LAURO DE SOUZA LIMA, MENDONÇA DE BARROS & SALOMON SCHUJMAN — Influencia da reacção leprotica na evolução da lepra cutanea. «Rev. Bras. de Leprol.», vol. IV, n. especial, 1936.
- 4 — ROGERS, L. — Recents advance in leprosy. «Zentrabblatt», vol. 54, pag. 611' 1936.
- 5 — DEVASIVARDAN — The Reaction in Leprosy. «Leprosy in India» 1929, n. 2, pag. 38. Y5
- 6 — GOUGEROT — Poussées aiguës. «Nouv. Prat. Dermatol.», vol. III, pag. 885.
- 7 — ROGERS & MUIR — «Lepra» (traduc. autoris. Hahmiton Palermo), pag. 287.

- 8 — SOUZA ARAUJO, H. — «A lepra em 40 paizes», pag. 180 — Rio de Janeiro, 1929.
- 9 — GAY — The lepra réaction. «Agents of dis. and host resist.». 1935, pag. 1.038.
- 10 — LEOIR — «Traité pratique et theorique de la lèpre». Edit. A. Delahaye et Lecrosnier. Paris, 1886.
- 11 — STEIN — Sobre a reacção leprosa. «Acta dermato-venereologica», vol. 15, pag. 314, 1934.
- 12 — MAXWELL — Lepra réaction. «The leper Quaterly», China, 1932, n. 1, pag. 24.
- 13 — KLINGMÜLLER — «La lèpre». Rev. Franç. Dermat. et Vénér., 1933, pag. 506.