Zeitschrift: Acta Tropica
Herausgeber: Schweizerisches Tropeninstitut (Basel)
Band: 4 (1947)
Heft: 4

Artikel: Classifiaction de la Lèpre
Autor: Dubois, A.
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-310090

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Institut de Médecine tropicale Prince Léopold, Anvers.

Classification de la Lèpre.

Par A. DUBOIS.

(Reçu le 10 août 1947.)

La dernière Conférence Internationale de la Lèpre (Le Caire 1938) avait tenté d'établir une classification des cas si divers de cette maladie (1). Mais rapidement des voix discordantes se sont fait entendre et l'accord n'a pu être maintenu. Il est cependant fort important de pouvoir se comprendre de pays à pays et dans le même pays, de médecin à médecin. En outre, en cours de recensements l'emploi de symboles abréviatifs (L, N, Ns, NT, etc.) rend de grands services... à condition que les symboles aient la même signification pour tous. Il évite sur les fiches ou registres de recensement des descriptions cliniques toujours longues [1]. Rien d'étonnant donc que la 2e Conférence Pan-Américaine de la Lèpre (1946, Rio de Janeiro) ait porté cette question à l'ordre du jour. Rien d'étonnant, non plus, que les léprologues Sud-Américains aient fait prévaloir leur conception dans un domaine où ils ont manifesté une fructueuse activité et à une réunion où ils avaient la grande majorité.

Examinons les conclusions du rapport du sous-comité de la classification. La base de cette dernière est histologique, sans cependant négliger des critères cliniques, immunologiques et bactériologiques.

Selon le texte anglais (3) il y a lieu de distinguer trois types fondamentaux :

1° Type L. lépromateux : cas sévères et répondant peu au traitement, réaction à la lépromine négative, lésions lépromateuses (sic) dans la peau, les muqueuses, les nerfs, les organes. Bacilloscopie toujours positive. L'histologie montre un granulome spécifique. Ce type est plus spécialement contagieux.

2° Type non caractéristique I [2] ou U [2]. En général bénin, mais instable, réaction à la lépromine variable, présence de lésions cutanées et nerveuses bien définies. Bactérioscopie généralement néga-

[1] Bien entendu et *Tisseuil* (2) a raison de le noter, cela ne veut pas dire que, en clinique normale, on puisse se passer d'une observation plus détaillée.

[2] I = incaracteristico, U = uncharacteristic. A pour aspécifique serait plus simple et a été proposé par d'autres.

tive, parfois faiblement positive. Ces cas peuvent éventuellement devenir contagieux.

3° Type tuberculoïde (T) forme la plus bénigne et la plus stable de la maladie, réaction à la lépromine toujours positive, présence de lésions cutanées et nerveuses caractéristiques. Bactérioscopie généralement négative ou quand positive avec rarissimes bacilles. L'histologie montre un granulome tuberculoïde. En pratique non contagieux.

Chacun des types comprend des variétés cliniques qu'il nous suffira de citer, renvoyant pour les descriptions précises au rapport du sous-comité (3).

L : maculeux, infiltratif en plaques ou diffus, nodulaire, nerveux, et généralisé.

Les trois premières variétés n'appellent guère de commentaire. Pour la quatrième j'avoue ne pas saisir la possibilité d'un cas lépromateux qui ne présenterait de lésions que dans les nerfs. Il faut de toute évidence une première lésion cutanée ou muqueuse. Aussi je considère comme non établie l'affirmation : « since there are cases with only nerve involvement but in which a diagnosis of the lepromatous type can be made, this type (L) includes a neural form » (3 p. 101) [3]. Par contre il n'est pas fait place à la si importante lèpre mixte des anciens, LN de la classification du Caire. La cinquième variété peut être admise et fait allusion à la diffusion par voie sanguine en divers organes y compris les viscères.

I ou U (A) : maculeux, nerveux, maculo-nerveux.

Cas correspondant respectivement aux cas Ns, Na, Ns-Na de la classification du Caire.

T : maculeux, papuleux, nerveux, réactionnel.

On ne peut qu'être frappé que deux de ces 4 variétés de la forme tuberculoïde ont la même désignation que celles de la forme précédente. La description des macules (3, p. 103-104) diminuera encore dans l'esprit du lecteur la distinction entre I et T : à la page 103 nous apprenons que la macule I peut présenter une nette élévation, à la page 104, que la macule tuberculoïde peut être similaire à celle des cas I. Et cela est tout à fait vrai puisqu'il n'y a aucune différence profonde entre les formes I et T. Mais alors pourquoi ne pas les réunir ?

La variété papuleuse est décrite en détails et paraît correspondre à ce qu'on nommait « tuberculoïdes mineures micropapuleuses ».

La tuberculoïde majeure, en plaque, semble avoir disparu ou plus exactement être considérée comme correspondant à un état

[3] Si ce texte fait allusion aux cas N secondaires à un état lépromateux, ce terme n'est pas plus heureux.

réactionnel, ce qui, il faut le reconnaître, est assez souvent vrai mais non toujours.

La quatrième variété, réactionnelle, est une appellation peu heureuse. Une réaction, état transitoire, ne caractérise pas un type, mais le déforme. Aussi bien y a-t-il des réactions dans les cas L et même I, ces derniers présentant alors l'allure de tuberculoïdes majeures. Variété à supprimer.

Telle est donc la classification Sud-Américaine rebaptisée Pan-Américaine après la conférence de Rio, basée surtout sur 3 aspects histologiques, du reste, classiques.

TISSEUIL a aussi étudié cette question. La forme L est admise par lui mais sous le vieux nom de cutané. J'ai fait à l'emploi de ce terme une objection qui me paraît toujours valable : cutané a un sens bien précis en français et en anglais : appartenant à ou se manifestant dans la peau (4).

Or, non seulement cette forme de lèpre frappe d'autres organes que la peau, mais encore la forme opposée, bénigne, a aussi des manifestations cutanées. L'équivoque est partout et il faut abandonner cutané et C et admettre que lépromateux est passable, indiquant un type clinique fréquent (léprome et infiltrats analogues), une réaction histologique typique (cellules de Virchow) et enfin, l'abondance de germes. Nous verrons que c'est en fait ce dernier caractère qui est le plus sûr et le plus digne finalement de baptiser la forme en question.

Par contre, TISSEUIL (5 et 6) est d'avis de saborder le terme nerveux ou neural et le symbole N parce que, comme il le note à juste titre [4], les symptômes nerveux ne sont ni obligatoires dans cette forme, ni ne lui sont spéciaux.

Il me semblait que la Conférence du Caire et moi-même par après (7), nous avions fait ressortir que le terme nerveux, neural ou le symbole N ne devaient pas être pris dans un sens strict mais comme indiquant un état particulier du terrain et un type de maladie où l'importance médicale et sociale de l'affection tenait à la névrite. Si cette dernière n'existait pas, la lèpre N serait certainement moins redoutée que le psoriasis...

Mais le raisonnement que j'ai tenu à propos de cutané et de C doit en toute loyauté être appliqué à nerveux, neural et N. Nous

[4] *Tisseuil* cite à ce sujet une autorité que je me garderai de récuser — la mienne — mais il le fait un peu erronément. Puis-je faire remarquer qu'à la page 39 de mon petit opuscule sur la Lèpre (7) il est question de symptômes *de début*. Cela change assez bien l'argumentation. Mais peu importe, personne ne contestera qu'il peut y avoir des cas N sans phénomènes nerveux cliniques (Ns ou NT) et des cas L avec des phénomènes de névrite et la remarque de *Tisseuil* reste juste.

sacrifierons ces termes sur l'autel de la clarté du langage, l'expérience ayant prouvé qu'ils prêtent à confusion. Il faut donc les remplacer, les faits eux ne se laissant pas supprimer.

TISSEUIL n'éprouve à ce sujet aucune difficulté. Ce sera la forme tuberculoïde et le symbole T. Il rencontre ainsi les léprologues Sud-Américains mais dépasse la conception de ceux-ci puisque forcément les cas I devront être inclus dans la forme T, au moins le plus souvent. Cette inclusion est-elle légitime ? J'en doute formellement. Qu'il y ait une grande parenté entre notre variété Ns et notre variété NT ou t n'est pas douteux, que bien souvent ces sujets passent de l'une à l'autre et vice-versa, aucun doute non plus, mais il y a des sujets qui restent fidèles à leur type et sont de façon durable NT (cas bénins, peu mutilants) ou Ns (notable tendance aux mutilations).

TISSEUIL a de la macule tuberculoïde une conception assez particulière. Pour la majorité des léprologues elle est caractérisée cliniquement par son élévation (en plaque ou en papules groupées) et sa structure histologique, sa bénignité, la relative rareté de la névrite tronculaire. Ces éléments ont ordinairement un diamètre assez faible, quelques centimètres, bien qu'ici, comme dans les macules planes, on puisse observer en d'autres cas une notable extension radiaire. Il me semble que contrairement à ce que dit TISSEUIL (6) j'ai toujours insisté sur le caractère surélevé de ces éléments.

TISSEUIL (5) donne à la macule tuberculoïde les caractères suivants : contour géographique bien défini ; on trouve du centre à la périphérie 3 zones : a) centrale de cicatrisation, en général hypopigmentée ; b) intermédiaire, jaunâtre, plus ou moins infiltrée surtout à la périphérie ; c) périphérique, en anneau infiltré, rouge ou rouge jaunâtre, papuleuse ou régulièrement infiltrée. Ces taches par lente progression finissent par envahir tout le tégument. « A ce moment il n'existe plus de taches, tout le tégument a été envahi et il est modifié, il ne reste plus que les lésions nerveuses et trophiques. »

J'avoue n'avoir jamais vu cela, mais au contraire et souvent des taches tuberculoïdes très peu extensives. Quant aux macules planes rappelant celles que TISSEUIL a choisies dans mon illustration, elles ont ordinairement une structure histologique banale [5]. L'auteur conclut que seules les lésions cutanées proprement dites

---

[5] *Tisseuil* utilise pour sa démonstration la fig. 4 de mon petit précis (7). Je le regrette. Il s'agit d'une figure bien médiocre, d'un individu sur lequel les renseignements sont insuffisants. En fait, j'ai publié cette photo avec beaucoup d'hésitation et faute de mieux. Mon regret est bien accru dans les circonstances présentes.

permettent une classification en lèpre cutanée et en lèpre tuberculoïde. Ces deux formes sont nettement différenciées tant par leurs caractères que par leur évolution.

J'ai déjà dit plus haut que la classification L et N était globale, ne faisait pas allusion uniquement à tel ou tel symptôme, mais à tout un syndrome où le rôle du terrain est prédominant.

Ce qui importe c'est de distinguer ces deux états et de le faire d'une façon qui facilite le classement. L'expérience prouve que la forme L n'a pas donné lieu à difficulté ni à discussion, cela non seulement à cause de son allure clinique, mais surtout à cause de l'évidence bactériologique. Au contraire le terme Nerveux, neural a été discuté et sans conteste, introduit de l'obscurité. Il faudrait donc le remplacer.

Que faut-il finalement adopter ? Il me semble que dans une infection l'intérêt principal porte sur la relation agent infectieux et hôte, telle qu'elle est représentée par les phénomènes bactériologiques et immunologiques, plutôt que sur des aspects cliniques toujours variables et même des réactions histologiques, pratiquement jamais spécifiques.

Sans doute, la clinique a pu classifier la syphilis par exemple, d'une façon satisfaisante. Mais nous connaissons maintenant les dessous microbiologiques de cette longue histoire : complexe primaire de la syphilis débutante, septicémie de la période secondaire avec lésions disséminées, raréfaction des germes et allergisation croissante du tertiarisme avec lésions plus localisées et de type nécrotique.

En matière de lèpre il y a un élément qui reste relativement stable, c'est l'abondance des bacilles dans la peau [6]. Sans doute l'évolution naturelle peut à la longue raréfier les germes chez un sujet L, mais pendant des années — en l'absence d'un traitement actif et même souvent malgré celui-ci — les bacilles seront aisés à trouver. L'évolution sous l'action du traitement ne concerne pas la classification et ne saurait être une cause d'erreur puisque de toute façon, avant de traiter le sujet on aura fait son observation.

Sans doute y a-t-il parfois des sujets Ns ou même NT qui ont des bacilles assez nombreux. Il peut s'agir d'état réactionnel local qui ne passe pas inaperçu cliniquement. Ici l'évolution ultérieure dira s'il faut conserver le sujet dans la classe à bacilles rares ou pas.

Parfois il paraît s'agir d'une lente évolution allant peut-être de la forme N à la forme L. ZANETTI à Pawa attribue souvent à ces

---

[6] La question des bacilles non acido-résistants devrait être résolue définitivement (cfr. *Portugal* cité à l'addendum).

sujets le symbole NB+ indiquant par là qu'ils ont plus de bacilles qu'il n'est courant d'en avoir dans la forme N et réservant l'avenir qui fixera leur appartenance à telle ou telle forme.

Mais à côté de ces cas assez rares il y a la foule innombrable de sujets qui restent des années fidèles à leur type bactériologique. Sur plus de 1600 fiches de lépreux réexaminés au cours de mon dernier voyage à Pawa on compterait sur les doigts les sujets qui ont passé d'un type à l'autre en 4 à 10 ans.

Cela montre l'importance extrême du critère bactériologique, et comme je l'ai dit plus haut que peut-il y avoir de plus important dans une infection. Lorsque nous observons un enfant noir dont la goutte épaisse est surabondamment positive en Plasmodium et un adulte de même race où les parasites sont rarissimes, nous savons que cette différence suppose une profonde modification de terrain acquise au cours du long processus d'immunisation non stérilisatrice.

Je pense que, en matière de lèpre, rien n'est plus important ; pourquoi donc ne pas s'en servir comme base dichotomique. Ce sera un retour à une ancienne classification de MUIR (8). Pourquoi pas si elle serre les faits naturels et se montre pratique. Nous aurions ainsi deux formes de lèpre :

Forme multibacillaire, en abréviation B (bacilles ++ à +++).

Cette forme aurait les subdivisions cliniques connues déjà :

Symboles	*Désignation*	et	*Symboles anciens*
B. M.	L. maculeux		Lm.
B. L.	Lépromateux	classique nodulaire	L. 1, 2, 3
B. I.	»	à infiltrat localisé	L. 1, 2, 3
B. D.	»	» » diffus	Ld
B. G.	»	généralisé (Cfr. plus haut)	
B. A.	»	anesthésique-acrotérique (LN)	
A″ (secondaire)	»	anesthésique-acrotérique, secondaire à un cas L.	

La forme A comprendrait tous les cas à bacilles rares ou absents (abacillaires). On la subdiviserait en :

A-M :	macules planes				Ns.
A-A :	anesthésiques-acrotériques				Na [7]
A-M-A :	maculo-anesthésiques				Ns-Na (macules planes).
A-T :	macules	surélevées	tuberculoïdes	majeures	NT
A-t :	»	»	»	mineures	Nt
A-T-A (ou t-A)	»	»	»	avec lésion de névrite (NT(t)-Na)	

[7] Il est ordinairement impossible cliniquement de dire si la névrite est de structure banale ou tuberculoïde.

On pourrait utiliser la classification B ± pour les cas cités plus haut NB+, Classification d'attente de toute façon.

Cette classification aurait l'avantage d'être basée sur un fait indiscutable [8] et d'importance bactériologique évidente, ce qui me paraît supérieur à des constatations histologiques dépourvues de spécificité. Les subdivisions indiquées permettraient de classer la plupart des cas, ce qui ne veut pas dire que des fiches d'observation ne seront plus nécessaires. Peut-être y aura-t-il des cas difficiles à situer. Quelle classification peut se dire parfaite.

Elle a enfin le mérite de grouper des formes aussi apparentées que T et N, tout en leur réservant le statut de variété et non pas de les unifier abusivement comme le fait la classification L et T de TISSEUIL où macules planes et surélevées ne sont plus séparées du tout malgré leur différence prognostique. Je la soumets aux prochaines discussions de 1948.

Conclusions et résumé.

Une classification des cas de lèpre basée essentiellement sur la relation germe-hôte est proposée.

Cela permet de reconnaître deux formes restant ordinairement nettement caractérisées (bien qu'une évolution de l'une vers l'autre soit possible). Ces formes sont la forme multibacillaire, symbole B et la forme paucibacillaire ou abacillaire (?), symbole A. La première est synonyme de la forme lépromateuse et en comprend les diverses subdivisions. La seconde correspond à la forme N de la classification du Caire et comprend diverses variétés cliniques. Elle englobe les cas T et I des léprologues Sud-Américains, tout en leur reconnaissant le statut de variété. Cette classification a, en outre, le mérite d'être basée sur un critère tout à fait objectif : l'examen bactérioscopique standardisé.

Bibliographie.

1. The Classification of Leprosy. Report of the subcommittee on classification. Int. Jl. of Leprosy 1938, VI, 3, 389.
2. *J. Tisseuil.* A propos de la classification des formes de lèpre cutanée et lèpre tuberculoïde. Bull. Soc. Path. Exot. 1946, XXXIX, 11-12, 414.
3. Classification of Leprosy. Report of the Subcommittee on classification. Int. Jl. of Leprosy 1947, XV, 1, 100.
4. *A. Dubois.* A propos de la classification de la lèpre. Bull. Soc. Path. Exot. 1942, XXXV, 6-8, 191.
5. *J. Tisseuil.* Nouvelle classification de la lèpre en lèpre cutanée et lèpre tuberculoïde. Bull. Soc. Path. Exot. 1941, XXXIV, 9-10, 251.

---

[8] Standardiser le mode d'examens bactériologiques.

6. *J. Tisseuil.* De la confusion actuelle dans la classification des formes de la lèpre. Caractères principaux et secondaires. Lèpre cutanée et lèpre tuberculoïde. Bull. Soc. Path. Exot. 1946, XXXIX, 11-12, 430.
7. *A. Dubois.* La lèpre. Bruxelles 1939.
8. *E. Muir.* Leprosy. Diagnostic, Treatment and Prevention. 5e éd. Delhi et Simla.

Addendum.

Cette note était rédigée lorsque j'ai eu connaissance de trois travaux importants parus ou réimprimés récemment *. Tous sont en faveur de la classification Sud-Américaine, mais sans apporter des faits ou idées différant sensiblement de ce que j'ai exposé plus haut. Portugal (p. 168) estime que la forme I (U) est hétérogène quant à son évolution qui peut se faire vers L, vers T ou rester U. Je pense que, en général, les formes évoluant vers L attireront l'attention par la présence de bacilles assez nombreux et que le critère bactériologique sera le plus sûr et le plus simple. Mais il y a le grand nombre qui restera U. Au Congo, en tout cas, de nombreux indigènes restent des années avec des macules planes, des phénomènes acrotériques et une structure histologique « incaracteristico ». Comme ils sont chez nous la grande majorité, il faudrait considérer ce type de réaction comme normal, et considérer, au contraire, les variétés polaires (T et L) comme exceptions non caractéristiques (la structure tuberculoïde n'a aucun caractère de spécificité).

Le travail de SOUZA LIMA et coll. montre bien la complexité des faits histologiques (p. 171 à 173) et combien une telle base de classification est inférieure à une classification clinique (nodulaire et maculo-anesthésique) ou bactériologique.

PARDO-CASTELLO et TIANT font un exposé clair et objectif de toute la question. Ici aussi on lit (p. 204) que le type non spécifique correspond à des stades transitionnels... Je réponds comme ci-dessus : la majorité des lépreux congolais reste fixée 5-10-15 ans à ce stade et à ce type histologique.

Si la plupart des faits cités par ces derniers auteurs ne soulèveront guère d'objection, leur forme T lazarine me paraît bien rare en Afrique. Peut-être l'y ai-je vue une fois ou deux, mais les examens histologiques me manquent. Il me paraissait s'agir de réactions nécrotiques sur terrain Ns.

---

* 1. Portugal. Contribution to the study of the classification of leprosy.
2. Souza Lima et coll. Pathogenic bases of the South-American classification of leprosy.
3. Pardo-Castello and Tiant. Leprosy. The correlation of its clinical, pathologic, immunologic and bacteriologic aspects.
Tous les 3 dans Int. Jl. of Leprosy, 1947, Vol. 15, n° 2.

En conclusion, la lecture de ces travaux ne m'a pas convaincu et la classification bactériologique me paraît encore la plus simple car elle correspond à deux types différents réactionnels, ce qu'exprimait aussi la classification L et N. Quant au terme N, je répète que je suis d'accord pour l'abandonner, mais uniquement parce qu'il crée de la confusion dans les idées.

Summary.

A new classification of leprosy cases is proposed, based essentially on the relation of the germ to the invaded individual, allowing the recognition of two generally well defined forms, though—occasionally—there may be possible evolution from one of these forms to the other. The proposed forms are

(1) a multibacillary form "B" and

(2) a paucibacillary or abacillaire (?) form "A".

Form "B" is synonymous with the lepromatous form and its various subdivisions. Form "A" corresponds to form "N" in the Cairo-classification and its diverse clinical varieties. Form "A" englobes at the same time the "T" and "I" cases of the South-American leprologists, without denying the individuality of these latter forms. The proposed new classification has the further advantage to repose on strictly objective fundaments, viz. on the standardized bacterioscopic examination.

Zusammenfassung.

Eine neue Klassifikation der Lepra-Formen wird vorgeschlagen, welche wesentlich auf der gegenseitigen Beziehung von Erreger und infiziertem Individuum beruht und dadurch die Unterscheidung zweier, im allgemeinen deutlich charakterisierter Formen gestattet (obschon die Möglichkeit bestehen bleibt, daß sich gelegentlich die eine dieser Formen in die andere entwickeln kann).

Es sind dies

1. die multibazilläre Form «B» und
2. die paucibazilläre oder abazilläre (?) Form «A».

Form «B» deckt sich mit der «lepromatösen» Form, deren verschiedene Untergruppen sie umfaßt. Form «A» entspricht der Form «N» in der Einteilung von Kairo und umfaßt deren klinische Abarten, sowie die «T»- und «I»-Fälle der Süd-Amerikanischen Leprologen, ohne jedoch die berechtigte Stellung der letzteren als Varietäten zu übersehen. Als weiterer Vorteil der vorgeschlagenen neuen Einteilung darf hervorgehoben werden, daß sie sich auf ein vollkommen objektives Kriterium gründet: nämlich auf den standardisierten, bakterioskopischen Nachweis des Erregers.