

Zeitschrift: Acta Tropica
Band: 7 (1950)
Heft: 1

Buchbesprechung: Bibliographie analytique des publications les plus récentes sur la lèpre
Autor: Chaussinand, R.

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.10.2024

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

C. Bibliographie analytique des publications les plus récentes sur la lèpre.

Compilée par R. CHAUSSINAND,
Chef du Service de la Lèpre, Institut Pasteur, Paris.

F. L. Blanco et G. L. Fite : Silvering of lepra Bacilli in tissues. Arch. of Pathology, XLVI, 1948, 542.

Etude de la morphologie et du mode de groupement du bacille de Hansen par l'imprégnation argentique de biopsies de lépromes (méthode dérivée de celles de *Jahnel*, *Levaditi* et *Manouelian*). Les bacilles normaux se colorent uniformément. Les bacilles mal imprégnés sont à considérer comme des germes dégénérés ou morts. Le mode de division du bacille de Hansen n'a pu être déterminé d'une façon certaine, toutefois la multiplication par division transversale semble probable. Dans les lésions récentes, actives, les bacilles ne sont pas groupés en « paquet de cigares », ils adoptent un mode de groupement circulaire dont l'aspect est comparable à une petite colonie de champignons. Les auteurs émettent une nouvelle hypothèse au sujet de la formation des globi.

L. Llano et C. F. Guillot : Breves consideraciones epidemiológicas sobre la lepra en la República Argentina. Rev. argentina Dermatosis., XXXI, 1947, 357.

Le nombre des lépreux en Argentine est évalué à 12.000 pour une population de 14.130.871. La répartition géographique est la suivante : régions côtières 81,3 %, régions centrales 17,6 %, régions montagneuses 1 %. La forme lépromateuse comprend 64 à 80 % des cas des régions côtières. 1.420 malades sont hospitalisés.

F. Latapi et A. C. Zamora : The « spotted » Leprosy of Lucio. Int. Jour. of Leprosy, XVI, 1948, 421.

Les auteurs étudient une forme clinique spéciale de la lèpre, déjà décrite par Lucio en 1852 sous le nom de lèpre « manchada » ou « lazarine » et la considèrent comme une lèpre lépromateuse pure, diffuse, caractérisée par l'apparition de nécroses vasculaires multiples (*erythema necrotisans*). Cette variété de lèpre, qui est reconnue dans 15 à 20 % des cas hospitalisés à Mexico-City, réagit d'une façon spectaculaire au traitement par les sulfones.

L. Lengauer : Leprosy in the Benin and Warri areas of Nigeria. Leprosy Review, XIX, 1948, 14.

Sur le delta du Niger, dans les provinces de Benin et Warri, région peu peuplée à climat chaud et humide, on observe un fort pourcentage d'infection lépreuse et de cas lépromateux chez les enfants. La puberté apparaît comme la période critique. La grossesse et la lactation favorisent le passage au type lépromateux chez la femme. Une caractéristique de la lèpre dans ces pays est sa rapide tendance à l'aggravation et sa transformation subite en une autre forme qui rendent les examens et le classement des malades extrêmement difficiles.

G. A. Ryrie : The macular syndrom in Nigeria. Leprosy Review, XIX, 1948, 35.

L'auteur identifie un type clinique dans lequel « macule » garde son strict sens dermatologique et où il n'y a ni bacille, ni anesthésie thermo-analgésique, ni atteinte nerveuse. L'évolution en est favorable, mais il peut y avoir « surimpression » tuberculoïde ou lépromateuse.

C. M. Ross : Some differences in the leprosy of the Gambia and Nigeria. Leprosy in India, XIX, 1948, 12.

Dans cette étude basée sur plus de 17.000 examens de sujets appartenant à de nombreuses tribus, le pourcentage des cas donnait, sans examen histologique, 13,5 % de lépromateux, 71 % de tuberculoïdes et 15,5 % d'indéterminés.

L'auteur étudie comparativement l'apparence générale des lésions, la quantité de bacilles et les complications nerveuses.

V. Zanetti : Contribution à la connaissance de la lèpre au Congo Belge. Epidémiologie. Evolution clinique. Classification. Ann. Soc. Belge Méd. Trop., XXVIII, 1948, 105.

Etude basée sur la classification du Caire de 600 lépreux dépistés dans une population de 14.596 âmes (4 %). 7 à 12 % de ces malades sont atteints de lèpre lépromateuse nodulaire.

G. W. Me Coy : Leprosy in California. Danger of infection. Publ. Health Rep. LXIII, 1948, 705.

Depuis 1900, 23 personnes sont devenues lépreuses en Californie. La majorité de ces malades ont vraisemblablement contracté leur infection au Mexique, en Chine et dans les îles du Pacifique. 7 cas seulement ont toujours vécu aux Etats-Unis. Les possibilités de contamination lépreuse en Californie sont minimales, sauf pour les enfants nés de parents lépreux.

D. J. Austin : Regional and racial differences in leprosy. Leprosy Review, XIX, 1948, 20.

La fréquence du type lépromateux est plus grande chez les Indiens émigrés que chez les Mélanésiens, mais à un stade identique de l'évolution lépreuse le pronostic sous l'influence du traitement est meilleur chez les Indiens. Il ne semble pas y avoir un facteur géographique ou diététique qui puisse entrer en ligne de compte.

G. A. Ryrie : Regional differences in leprosy. Leprosy among Chinese in Malaya. Leprosy Review, XIX, 1948, 4.

Les différences observées dans la lèpre peuvent être rapportées à trois causes : la race, le climat et le standard de vie. L'auteur étudie la maladie chez les Chinois qui appartiennent à un groupe racial défini et chez lesquels l'évolution maligne est plus fréquente. Il identifie, selon l'âge, 5 types cliniques et estime que le traitement doit être basé sur le danger de l'évolution lépromateuse.

H. L. Arnold Jr. : The intradermal mecholyll test for Anhydrosis. A diagnostic aid in Leprosy. Int. Jour. of Leprosy, XVI, 1948, 335.

L'auteur propose l'injection intradermique d'une solution à 1 : 1.000 de Mécholyll (Métacholine ou acétyl-béta-méthyl choline) pour déceler les troubles de l'excrétion sudorale chez les lépreux.

M. Vegas, J. Convit et J. Espin : Studies on the reticulum in the different types of leprosy. *Int. Jour. of Leprosy*, XVI, 1948, 443.

Les fibres constituant le tissu réticulaire se différencient des fibres collagènes par leurs anastomoses profuses. Soumises à l'action de l'acide acétique, elles n'augmentent pas de volume. Elles résistent à une solution de potasse à 10 %. Elles ne sont pas colorables par les colorants acides et leur imprégnation argentique est plus prononcée. Les auteurs étudient 40 biopsies, typiques au point de vue clinique et histopathologique, de lépreux lépromateux, tuberculoïdes et indéterminés, en employant les méthodes d'imprégnation argentique de Wilder et de del-Rio Hortega. Ils n'observent la formation de tissu réticulaire qu'au niveau des zones inflammatoires. Elle est peu marquée dans les lésions indéterminées, complexe dans les lésions lépromateuses et présente dans les lésions tuberculoïdes l'aspect caractéristique observé dans les granulomes de type tuberculoïde d'origines diverses. Le tissu réticulaire est constitué par un réseau de fibres dont les mailles entourent les cellules du granulome. La formation de tissu réticulaire semble jouer un rôle actif dans le processus de défense de l'organisme contre le bacille de Hansen.

A. C. Decoud : Comparative study of the nerve branches of the skin in tuberculoïd and lepromatous leprosy. *Int. Jour. of Leprosy*, XVI, 1948, 451.

L'auteur étudie l'histopathologie des nerfs dans 12 biopsies de lésions cutanées provenant de 6 lépreux tuberculoïdes et de 6 lépreux lépromateux. Il constate que les lésions nerveuses sont beaucoup plus prononcées dans la lèpre tuberculoïde bien que les bacilles de Hansen s'y révèlent très rares. La destruction de la gaine et des éléments nobles est précoce et aboutit rapidement à la disparition complète des nerfs cutanés au niveau de la lésion dans environ 16 % des cas. Par contre, dans les lésions cutanées lépromateuses où les bacilles sont extrêmement nombreux, la gaine et les filets nerveux persistent pendant longtemps et leur destruction complète est exceptionnelle. L'auteur estime que la destruction précoce constatée dans la lèpre tuberculoïde est due à un processus allergique. Cette manifestation pathologique pourrait être, soit la conséquence, soit l'une des causes de l'allergie. Il serait intéressant de rechercher si les lépreux indéterminés, présentant des destructions graves des nerfs cutanés, évoluent ultérieurement vers le type tuberculoïde.

L. A. Lowell, J. R. Puchol et A. P. R. Perez: Aportación al conocimiento histopatológico sistema nervioso periférico en la lepra. *Int. Jour. Leprosy*, XVI, 1948, 459.

Les auteurs étudient l'histopathologie de la lèpre.

1^o Au niveau des ganglions spinaux où ils notent une augmentation de la capsule due à la prolifération des gliocytes intracapsulaires et une altération profonde de la morphologie des cellules. Ils se demandent si du point de vue pathogénique le phénomène est primitif ou secondaire à la progression des bacilles ou de leur toxine.

2^o L'altération des troncs nerveux périphériques se présente, soit sous forme de lépromes spécifiques ayant les mêmes caractéristiques histomorphologiques que les lépromes cutanés, soit sous forme d'infiltration non spécifique de caractère banal ou de type tuberculoïde. Leur étude limitée aux lésions dégénératives des cylindraxes du cubital et des voies sensitives montre une destruction plus ou moins complète des axones.

3^o L'altération des terminaisons sensitives, étudiée aussi bien au niveau de lésions cutanées que dans des territoires cliniquement indemnes, est caractérisée par la dégénérescence des fibres et corpuscules terminaux avec fragmentation

des axones, l'infiltration non spécifique et l'hyperplasie des éléments Schwan-noïdes. La capsule des corpuscules de Meissner et de Paccini est augmentée et on peut noter la présence de bacilles dans les corpuscules tactiles, les ramifications nerveuses et dans les cellules de Schwann.

J. Margarot, P. Rimbaud et H. L. Guilbert : La névrite tuberculoïde de la lèpre. *Ann. de Derm. et de Syphiligraphie*, IV, 1948, 333.

Etude de l'histogénèse des lésions névritiques dans des prélèvements biop-siques effectués chez 2 noirs. Cette étude met en évidence la transformation fibreuse des nerfs alors que la plupart des travaux font état de l'évolution des lésions folliculaires vers la caséification. Elle permet de ranger les lésions nerveuses de la lèpre tuberculoïde dans le cadre des réticuloses histiomonocytaires à tendance essentiellement sclérosante, bien que susceptibles d'évoluer vers la caséification.

X. Villanova et J. Esteller : La radiografía de los nervios cubitales en los enfermos de lepra. *Int. Jour. Leprosy*, XVI, 1948, 351.

Les auteurs passent rapidement en revue les travaux faits sur la radio-graphie des nerfs périphériques avant de donner leurs observations personnelles.

Ils montrent l'innocuité de la technique employée et justifient le choix du thorotrast (dioxyde de Thorium) injecté par voie endoneurale à la dose de 1,5 à 3 cc. sous faible pression.

Dans leur expérimentation, basée sur 8 cas de réaction fibreuse dans la lèpre lépromateuse et 3 cas de lèpre tuberculoïde réactive, les radiographies sont difficiles à interpréter et les auteurs ne formulent aucune conclusion définitive, excepté en ce qui concerne les lèpres réactives fibreuses. Dans ces derniers cas, au point de vue histologique, le substratum fibreux prédomine au point que chez beaucoup de malades il est impossible de reconnaître un stade tuberculoïde ou lépromateux antérieur.

E. W. O'G. Kirwan : The eye in leprosy. *Trans. Roy. Soc. Med. Hyg.* XLI, 1948, 583.

Les complications oculaires varient de 10 % à 100 % selon le classement des malades, mais semblent constantes dans les lèpres lépromateuses évoluant depuis quelques années. Il peut exister des lésions histologiques sans signe clinique. Les variations avec les pays et les climats pourraient, selon l'auteur, être expliquées par des examens faits par des non-spécialistes ou des médecins ne disposant pas d'appareils d'investigation surtout dans les formes de début.

L'auteur décrit ensuite les lésions des régions suborbitaires, paupières, conjonctive, cornée, iris, corps ciliaire et segment postérieur.

Le traitement général est d'une importance capitale, mais le traitement local ne doit pas être négligé. Protection des yeux contre les traumatismes et port de verres teintés. Le Pannus sera traité par péritomie pour prévenir l'opacification de la cornée. Le léprome du limbe est justiciable au début d'un traitement chirurgical de l'application de neige carbonique, de la diathermie et surtout de l'irradiation aux rayons Grenz (au total 5.500 à 11.600 r). Pour l'ulcération de la cornée la tharsorrhaphie ne doit pas être différée. Dès qu'on note une complication au niveau de l'iris, on doit dilater la pupille avec une solution d'atropine à 1 %, ou d'hyoscine à 0,5 %. — L'iridectomie sera pratiquée en cas de glaucome surajouté.

Pour la conjonctivite purulente la Pénicilline à 2.500 U par cc. sera un excellent traitement.

En cas de dacryocystite on pratiquera l'ablation du sac lacrymal.

D. C. Elliott : A report of leprosy lesions of the fundus. *Int. Jour. Leprosy*, XVI, 1948, 347.

Chez un malade lépromateux avancé ayant des troubles de la vue, un examen du fond d'œil permet de découvrir des lésions pédiculées de type lépromateux identiques à celles observées sur l'iris. Dans ce cas traité pendant 8 mois à la Diasone, le caractère transitoire de la lésion a été mis en évidence.

Les troubles de la vision ont disparu quelques années après.

J. M. Barman : Absorción de los ésteros etílicos y benéficos del aceite de chaulmoogra administrados por vía duodenal. *Rev. Argentina Dermatosiff.* XXXI, 1947, 103.

En se basant sur des expériences pratiquées sur l'homme et sur le chien, l'auteur admet qu'une grande partie des esters chaulmoogriques administrés par voie duodénale est absorbée par la muqueuse duodénale et passe dans le circuit sanguin.

Z. J. Rajah, M. P. Raj et R. G. Cochrane : A short note on experimental investigations on the optimum dose of hydnocarpus preparation at the Lady Willington Leprosy sanatorium Chingleput S. India. *Leprosy in India*, XX, 1948, 146.

Les faibles doses d'huile de chaulmoogra semblent peu actives et la dose optima se situe aux environs de 15 centimètres cube par semaine.

R. Chaussinand, C. Paris et O. Crougue : Essais d'un traitement ambulatoire de la lèpre par la streptomycine, émulsionnée dans les esters éthyliques de chaulmoogra. *Bull. Soc. Path. exot.*, XLI, 1948, 573.

Les auteurs, espérant réaliser un complexe médicamenteux synergique, ont expérimenté sur deux lépromateux un traitement ambulatoire en injectant quotidiennement une émulsion d'esters éthyliques de chaulmoogra et de streptomycine. Le traitement a été conduit de la façon suivante. La streptomycine dissoute dans 1 centimètre cube d'eau distillée est mélangée à 1 centimètre cube d'esters éthyliques de chaulmoogra. On agite longuement la préparation pour obtenir une émulsion aussi fine que possible et on effectue immédiatement l'injection. La dose journalière est administrée en une seule fois par voie intramusculaire ou sous-cutanée.

Le premier malade (L 3) a reçu pendant 79 jours un total de 42.000.000 U.S. émulsionnées dans 79 cc. d'esters éthyliques de chaulmoogra. Le deuxième malade (L 2) a été traité pendant 98 jours par un total de 135.500.000 U.S. émulsionnées dans 98 cc. d'esters éthyliques de chaulmoogra.

Le traitement a été très bien supporté. Les malades n'ont ressenti qu'une légère lassitude accompagnée d'une faible perte de poids.

Par contre, les améliorations cliniques et bactériologiques constatées n'ont guère été plus marquées que celles obtenues avec un traitement aux seuls esters de chaulmoogra. L'action de la streptomycine sur infection lépreuse paraît donc minime. Les auteurs concluent que cet antibiotique, dont l'emploi prolongé est coûteux, ne peut être recommandé dans le traitement de la lèpre.

G. Gambini : Parallelo terapeutico tra vitamina D₂ ed olio di chaulmoogra nella lebbra. *Arch. Ital. di Scienze med. col. e di Parassitologia*, XXIX, 1948, 175.

Les modifications hémochimiques constatées chez les malades traités avec des doses massives de vitamine D₂ « per os » sont semblables à celles obtenues avec le traitement à l'huile de chaulmoogra notamment en ce qui concerne les modifications du taux du cholestérol, de la lécithine, des lipides, du calcium, du potassium et du sodium. - Bibliographie.

R. G. Cochrane : A comparison of sulphone and Hydnocarpus Therapy of leprosy. *Int. Jour. of Leprosy*, XVI, 1948, 139.

En ce qui concerne la race indienne, l'auteur considère que le traitement par les sulfones n'est indiqué que dans les cas suivants : Lépromateux avancés présentant des lésions des muqueuses pituitaire et laryngée. Malades ne réagissant pas aux traitements chaulmoogriques. Cas sujets aux rechutes. L'auteur estime que les bons résultats qu'il obtient par la thérapeutique au chaulmoogra sont dus, d'abord au fait que l'Indien réagit mieux que l'Européen à ce médicament, ensuite à l'administration prolongée et intensive du chaulmoogra par voie intradermique.

S. Schujman : Comparative study of chaulmoogra in high doses and Promin in the treatment of leprosy. *Int. Jour. of Leprosy*, XVI, 1948, 145.

L'auteur compare les résultats de l'évolution clinique, bactériologique et histologique de la lèpre lépromateuse sur des malades présentant des lésions similaires, traités pendant un an et demi, soit aux esters éthyliques de chaulmoogra créosotés (4 %) ou iodés (0,5 %), soit à la Promine (dose journalière 5 g. sauf les dimanches ; séries de 500 g., coupées d'une période de repos de 15 jours). Il constate les faits suivants : La sulfone et le chaulmoogra, administrés à hautes doses, ont tous deux une action évidente sur la lèpre lépromateuse. Les deux médicaments donnent des résultats comparables. Ils agissent non seulement sur les lésions cutanées, mais également sur les lésions des muqueuses. L'amélioration clinique est accompagnée dans les deux groupes de malades d'une fragmentation et d'une diminution du nombre des bacilles et l'on constate au point de vue histologique la même évolution favorable des lésions. Le traitement au chaulmoogra est moins bien toléré que le traitement à la Promine du fait de la douleur et des abcès aseptiques dus à l'injection de fortes doses. L'auteur conclut qu'il est désirable de procéder à de nouvelles recherches dans le but d'augmenter la tolérance et l'activité thérapeutique des sulfones, de l'huile de chaulmoogra et de ses dérivés.

L. de Souza-Lima et collaborateurs : Present status of sulfone therapy at the Padre Bento sanatorium. *Int. Jour. of Leprosy*, XVI, 1948, 127.

Résumé des faits constatés en 4 ans et 5 mois au cours du traitement par les sulfones de 1.287 lépreux. Les auteurs observent l'arrêt de l'évolution de la lèpre après 3 à 6 mois de traitement. Toutefois, dans 12 à 15 % des cas, cet arrêt est précédé d'une aggravation de l'état du malade. L'amélioration des lésions cutanées est progressive mais lente. Par contre, les sulfones se montrent particulièrement actives dans les lésions lépromateuses des muqueuses nasale, buccale, pharyngée et laryngée. Les lésions oculaires bénéficient également du traitement. En général, les lépreux tuberculoïdes sont améliorés, mais après 1 an de traitement les malades « blanchis » se révèlent rares. Une action des sulfones sur les lésions nerveuses n'a pas été décelée. Les auteurs ne peuvent encore se prononcer sur la valeur de ce traitement dans la lèpre indéterminée. Au point de vue bactériologique, le mucus nasal devient négatif chez environ 88 % des lépromateux. Par contre, la disparition des bacilles de Hansen dans les lésions cutanées n'est constatée que chez 10 % des lépromateux avancés et chez 50 % des lépromateux légers ou modérés.

Dharmendra et R. R. Chatterjee : Treatment of leprosy with the sulphone drugs. *Leprosy in India*, XX, 1948, 71.

50 lépromateux répartis en 3 groupes sont traités 19 mois par la Promine, 13 mois à la Diasone et 7 mois à la Sulphétrone avec d'excellents résultats, mais

aucune amélioration n'a été constatée dans les manifestations nerveuses. Le traitement a été interrompu une semaine tous les 15 jours et le taux d'hémoglobine vérifié spécialement.

H. Floch et R. Camain : Traitement de la lèpre par les sulfones (Promin et Diasone) en Guyane française. Bull. Acad. Nat. Méd., CXXXII, 1948, 606.

L'étude clinique, histopathologique et bactérioscopique de 21 malades traités par la Promine 20 mois et au Diasone 14 mois, prouve l'action des sulfones sur le bacille de Hansen surtout dans les lésions récentes chez les sujets jeunes prélepromateux ou lépromateux ; la réaction hyperergique de l'organisme chez les tuberculoïdes pourrait être la cause de l'amélioration clinique moins rapide. L'héliothérapie et la vitaminothérapie D₂ sont de bons adjuvants.

R. G. Cochrane, K. Ramanujam, H. Paul et D. Russell : Two-and-a-half years' experimental work on the Sulphone group of drugs. XX, 1949, 4.

54 observations détaillées de lépreux traités par la Diasone, la Promine, la Sulphétrone et la Diaminodiphénylsulfone. L'auteur conclut que tous ces produits sont actifs dans la lèpre lépromateuse. En tenant compte du prix, des facilités d'administration, de l'absence de toxicité et de l'absorption par l'organisme, l'auteur donne la préférence à la Sulphétrone administrée par voie parentérale en solution aqueuse de 50 % (7 cc. deux fois par semaine).

P. T. Erickson et F. A. Johansen : Bone changes in leprosy under sulfone therapy. Int. Jour. Leprosy, XVI, 1948, 147.

Cette étude, effectuée sur 82 malades dont 75 lépromateux traités par la Promine, la Diasone et la Promizole pendant 5 ans, montre la guérison des lésions osseuses dues à l'action directe du *Mycobacterium leprae* telles que kystes et ostéomyélites et l'action bénéfique probable sur l'évolution ultérieure des lésions osseuses secondaires à des troubles polynévritiques.

N. R. Sloan : Effects of Sulfone Treatment on the Larynx in Leprosy. Int. Jour. of Leprosy, XVI, 1948, 329.

La Promine et la Diasone ont une action manifeste sur les lésions lépromateuses de la muqueuse laryngée. Sur 45 lépromateux aphones ou dyspnéiques, traités pendant moins de 2 ans, 37 (82 %) ont été nettement améliorés. La trachéotomie a ainsi été évitée à 2 malades (peut-être à 5) et la canule a pu être enlevée à 9 lépromateux trachéotomisés.

G. Herrera : Intradermal administration of Promin. Int. Jour. of Leprosy, XVI, 1948, 439.

L'auteur a obtenu des résultats encourageants en injectant une fois par semaine à 30 lépromateux une solution de Promine à 40 % directement dans des nodules, situés aux oreilles et au nez, qui n'avaient pas diminué de volume après un traitement de 12 à 30 mois par voie intraveineuse. Chez 20 de ces malades, les nodules traités pendant 80 jours ont entièrement disparu, tandis que chez les 10 autres cette disparition n'a été que partielle. Les injections intradermiques dans les macules et dans les plaques n'ont donné que des résultats médiocres.

J. M. M. Fernandez, E. A. Carboni, P. Tommasino et M. M. Gimenez : Hematologic study of leprosy patients treated with Diasone. Int. Jour. of Leprosy, XVI, 1948, 319.

La Diasone provoque chez les lépreux une anémie précoce qui débute dans la deuxième semaine. Cette anémie est bénigne et transitoire et ne nécessite

que rarement une interruption du traitement. Elle est vraisemblablement due à une action toxique, hémolytique du produit (diminution de la résistance globulaire, présence constante d'urobiline et absence de pigments biliaires dans les urines, bilirubine indirecte généralement négative). La Diasone n'a aucune action néfaste sur la moelle osseuse. L'administration de fer, d'extraits de foie et de vitamines B augmente la tolérance de l'organisme.

J. M. M. Fernandez, E. Carboni et P. Tomasino : Tratamiento de la reacción leprosa mediante transfusión de sangre de convalescientes de reacción. Rev. argentina Dermatosif., XXXI, 1947, 493.

Les auteurs observent fréquemment l'apparition de « réactions lépreuses » chez les malades traités à la diasone. Ils ont expérimenté dans ces cas le traitement par transfusions sanguines et ont noté les résultats suivants : sang de lépreux convalescents de « réaction lépreuse », 91 % de résultats favorables, sang de lépreux non convalescents de « réaction lépreuse », 45 %, sang de sujets sains non lépreux, 55 %. Ces résultats semblent confirmer la théorie que la « réaction lépreuse » est due au fléchissement de la résistance d'un organisme (anémie, maladies intercurrentes, etc.) incapable de produire des anticorps.

R. A. Hingson, F. A. Johansen, P. T. Erickson, D. E. Elliott, W. H. Meyer, G. L. Fite, B. H. Prejean et R. R. Wolcott : Preliminary study of the hypospray for parenteral therapy in its relation to the management of leprosy. Int. Jour. Leprosy, XVI, 1948, 173.

Description de l'hypospray qui permet l'introduction parentérale de solutions et de suspensions de particules inférieures à 25 microns sans aiguille, sous la simple pression d'un jet extrêmement fin et puissant. Son utilisation dans les névrites de la lèpre et dans les traitements divers.

S. Alderson : Physical therapy in leprosy. Leprosy Review, XIX, 1948, 120.

L'exercice physique a une part importante dans le traitement de la lèpre, soit sous forme de gymnastique médicale, ou de travaux manuels pour prévenir et améliorer les complications nerveuses (main en griffe, atrophie, contractures).

M. Artom : Bases teóricas da reação lepromínica. Rev. brasileira Leprol., XIV, 1946, 91.

L'auteur considère la réaction précoce (réaction de Fernandez) du test à la lépromine comme un processus d'allergie. Par contre, la réaction tardive (réaction de Mitsuda) serait un processus d'immunité comparable au phénomène de Koch dans la tuberculose.

L. M. Bechelli : La conveniencia de hacer la leprominoreacción en los funcionarios que trabajan en contacto directo con enfermos de lepra. Rev. argentina Dermatosif., XXXI, 1947, 484.

Se basant sur le fait que sept personnes ont contracté la lèpre au Brésil en soignant des lépreux, l'auteur propose de tester à la réaction de Mitsuda une fois par an tout le personnel des services antilépreux et de ne laisser au contact direct des malades que les sujets ayant présenté une réaction positive (indice d'une prémunition relative à l'infection lépreuse).

R. Chaussinand : Tuberculose et lèpre, maladies antagoniques. Eviction de la lèpre par la tuberculose. Int. Jour. of Leprosy, XVI, 1948, 431.

L'auteur formule les conclusions suivantes : La tuberculose et la lèpre sont des maladies antagoniques puisque l'on peut démontrer l'existence d'un état de

prémunition relative croisée, propre à ces deux infections. La tuberculose se révèle chez l'homme beaucoup plus contagieuse et virulente que la lèpre. Le bacille de Koch prend de ce fait une extension plus rapide et plus large dans toutes les régions où les germes de ces deux maladies entrent en compétition. Et puisqu'une première atteinte par le bacille de la tuberculose détermine un certain degré d'immunité antilépreuse, les organismes infectés ou simplement imprégnés par le bacille de Koch se trouveront en état de prémunition relative contre une attaque ultérieure par le bacille de Hansen. L'éviction progressive de la lèpre par la tuberculose est le phénomène dominant dû à la prémunition relative croisée de ces deux infections.

P. Sen : A plea for the study of social aspects of leprosy. *Leprosy in India*, XX, 1948, 42.

Le choc émotionnel, créé par l'aversion qu'inspire la lèpre, influe sur son évolution, aussi l'action sociale doit en tenir compte dans l'examen du malade et la prophylaxie.

T. N. Jagadisan : « Balance » in leprosy work. *Leprosy in India*, XX, 1948, 96.

L'auteur estime qu'il y a un juste milieu entre l'ancienne conception du « missionnaire » qui orientait par charité son effort uniquement sur les besoins des malades, et le point de vue actuel qui est celui de la salubrité publique, où on ne s'occupe que de protéger les bien-portants et où on sacrifie le malade à la collectivité.

T. N. Jagadisan : Social and economic aspects of the leprosy problem. *Leprosy in India*, XX, 1948, 46.

Après avoir exposé la mentalité du public en face de la lèpre, l'auteur envisage les problèmes domestiques que cette maladie entraîne et notamment le dénuement du malade. Il insiste particulièrement sur l'isolement des enfants et émet un projet en faveur d'une action sociale et prophylactique.

E. Muir : Leprosy in the British West Indies. *Leprosy Review*, XIX, 1948, 139.

L'auteur étudie l'importance de l'endémie lépreuse dans les possessions britanniques en Amérique (Jamaïque, Trinité, Guyane, Grenades, Ste Lucie, Barbades). La Trinité et la Guyane présentent le taux le plus élevé de lépreux (0,3 à 0,4 pour mille). Se basant sur les bons résultats obtenus par le traitement aux sulfones, il propose un changement radical dans la lutte antilépreuse des régions à faible endémicité (Jamaïque, îles Leeward et Windward, Barbades) : traitement précoce, ambulatoire et gratuit, des malades non contagieux. Isolement et traitement gratuit à domicile des malades contagieux. Admission dans les hôpitaux des lépreux contagieux dont le traitement à domicile se révèle impossible. L'auteur estime nécessaire la spécialisation (diagnostic, classement et traitement) de deux médecins dans chaque colonie, qui seraient chargés du contrôle périodique de l'entourage des contagieux et des immigrants provenant de régions léprogènes. L'auteur considère, par contre, comme erroné d'abolir la ségrégation dans les contrées à forte endémicité. Mais cet internement sera limité aux cas réellement contagieux.

L. M. Bechelli : Situación de los enfermos de lepra tuberculoide, incarceteristica (inflamatorias simples) en la profilaxis de la lepra. *Rev. argentina Dermatosis*, XXXI, 1947, 468.

Dans la lutte antilépreuse, on doit tenir compte non seulement des intérêts de la communauté, mais également de ceux du malade et de sa famille. Ainsi les mesures prophylactiques prises à l'égard des lépreux tuberculoïdes devraient devenir moins rigoureuses. En général, ces malades ne sont plus internés s'ils présentent des examens bactériologiques négatifs. Pour leur éviter, ainsi qu'à leur famille, d'être stigmatisés, l'auteur propose de les classer non comme « lépreux », mais comme « sujets en observation » à condition qu'ils se montrent sensibles à la réaction de Mitsuda. Argemiro de Souza suggère même de désigner la lèpre tuberculoïde par l'expression « maladie de Jadassohn ». Toutefois, les lépreux tuberculoïdes insensibles à la réaction de Mitsuda seront à suivre très attentivement et devront être traités aux sulfones. L'entourage de tous les lépreux tuberculoïdes sera examiné.

Dharmendra : The place of vasectomy in leprosy control. *Leprosy in India*, XX, 1948, 63.

La stérilisation par vasectomie est une opération bénigne qui peut constituer une aide importante dans la prophylaxie de la lèpre.

K. Ramanujam : Leprosy in children. *Leprosy in India*, XX, 1948, 92.

La lèpre de l'adulte est fréquemment contractée dans l'enfance. Chez l'enfant, la maladie est le plus souvent bénigne et peut guérir spontanément, mais l'isolement est nécessaire et il faut créer à cet effet des centres où l'enfant puisse poursuivre ses études.

A. Rotberg : Nuevas perspectivas en el terreno de la profilaxis de la lepra. *Rev. argentina Dermatosis*, XXXI, 1947, 474.

L'isolement et le traitement des lépreux contagieux ainsi que l'examen de leur entourage sont considérés par l'auteur comme les mesures principales d'une lutte antilépreuse efficace. Les malades à examens bactériologiques faiblement positifs dans les lésions cutanées et négatifs dans la muqueuse pituitaire devraient être traités le plus longtemps possible dans des dispensaires. Les lépreux à réaction de Mitsuda négative sont à surveiller particulièrement et à soumettre au traitement par les sulfones. Les lépreux tuberculoïdes en état de réaction présentant des bacilles de Hansen dans leur mucus nasal seront isolés à domicile ou dans des hôpitaux. L'auteur propose que l'entourage des lépreux soit fréquemment testé à la réaction de Mitsuda. Les sujets positifs seront admis à visiter leurs parents contagieux internés. Les sujets négatifs devront être suivis régulièrement pendant 10 ans. S'ils ne se présentent pas aux examens de contrôle, ils seront considérés comme suspects.

R. Chaussinand : A propos des législations antilépreuses. 5^e Congrès Intern. de la Lèpre (La Havane) et *Rev. méd. Française*, XXIX, 1948, 102.

Dans la plupart des pays à forte endémicité lépreuse, les législations actuellement en vigueur rendent la prophylaxie de la lèpre extrêmement difficile. La peur d'être séparés de leur famille incite les lépreux à cacher leur maladie et les traitements précoces, les seuls réellement efficaces, ne sont que rarement institués. L'auteur a eu l'occasion de traiter à Saïgon plus de 1.500 lépreux dans un dispensaire de l'Institut Pasteur où, après entente avec les pouvoirs publics, aucune contrainte n'était exercée contre les malades et leur famille. Pendant le même laps de temps, les autorités n'ont pu interner, dans toute la Cochinchine, que 250 lépreux.

La lutte antilépreuse donnerait de meilleurs résultats si les législateurs s'inspiraient des règlements libéraux édictés dans la lutte contre la tuberculose.

R. Chaussinand : L'infection murine due au bacille de Stefansky n'est pas une « lèpre ». Bull. Acad. Médecine, CXXXII, 1948, 486.

Malgré les caractères communs que présentent les bacilles de Hansen et de Stefansky, l'auteur estime que la lèpre humaine et la maladie murine sont des infections de nature différente et qu'il est erroné de les désigner par le même terme dénomminatif.

Les recherches de l'auteur démontrent, en effet, que le bacille de Stefansky possède des propriétés antigéniques très proches de celles reconnues aux bacilles tuberculeux et paratuberculeux. Ainsi le lépreux lépromateux, anergique au bacille de Hansen, ne réagit pas à l'injection intradermique de bacille de Stefansky, de bacilles de Koch ou de bacilles paratuberculeux, tués par la chaleur, s'il est insensible à 1 cgr. de tuberculine brute intra-dermique. Par contre, le lépreux lépromateux, anergique au bacille de Hansen, mais sensible à la tuberculine, réagit par une infiltration locale à l'injection de ces divers antigènes. D'autre part, la réaction allergique provoquée par l'antigène à bacilles de Hansen tués par la chaleur (réaction de Mitsuda), n'atteint son acmé qu'au bout de trois à cinq semaines, tandis que les réactions déterminées par les antigènes à bacilles de Stefansky, à bacilles de Koch ou à bacilles paratuberculeux, présentent une évolution plus rapide et atteignent leur acmé déjà après une ou deux semaines.

L'auteur a pu confirmer ces observations sur le singe et sur le cobaye. En outre, les cobayes inoculés de bacilles de Stefansky par la greffe d'une lésion murine, deviennent assez souvent faiblement positifs à la tuberculine, tandis que les cobayes inoculés de bacilles de Hansen par la greffe d'un léprome ne réagissent jamais à la tuberculine.

Les phénomènes allergiques dus au bacille de Stefansky, aux bacilles de Koch et aux bacilles paratuberculeux montrent donc des caractères identiques et diffèrent nettement de l'allergie due au bacille de Hansen. L'infection murine déterminée par le bacille de Stefansky est en réalité une maladie de nature beaucoup plus proche de la tuberculose et des paratuberculoses que de la lèpre humaine. L'auteur estime que le mot « lèpre » actuellement employé pour désigner l'infection murine à bacilles de Stefansky devrait être abandonné et remplacé par le terme « paratuberculose ».

R. Chaussinand, C. Paris et O. Crougue : Essais de traitement par la streptomycine de l'infection murine due au bacille de Stefansky. Ann. Inst. Pasteur, LXXV, 1948, 92.

Au bout de six heures, vingt-quatre heures et quatre jours, on n'observe, après coloration au Ziehl, aucune différence appréciable entre les bacilles de Stefansky laissés en contact avec diverses concentrations de streptomycine (200, 400, 500, 1.000, 2.000, 6.000, 8.000 et 16.000 U. S. par centimètre-cube) et les bacilles de la suspension témoin. En outre, 110 rats blancs inoculés à la dose de 0,5 cc. en injection sous-cutanée avec ces suspensions bacillaires additionnées de streptomycine, ont présenté une évolution de l'infection identique à celle de 30 rats inoculés aux mêmes dates avec une dose égale de suspension bacillaire témoin.

Bien que l'expérimentation *in vitro* se soit révélée décevante, les auteurs ont recherché si l'emploi de la streptomycine *in vivo* donnait de meilleurs résultats.

30 rats infectés par une injection sous-cutanée de 0,5 cc. d'une suspension de bacilles de Stefansky sont traités deux mois et demi plus tard, pendant deux mois, aux doses de 4.000, 6.000 et 8.000 U. S. (2 injections sous-cutanées en 24 heures). Les rats sacrifiés deux à sept mois après le début du traitement

ont tous présenté des lésions semblables à celles des 15 rats témoins non traités.

50 rats inoculés dans les mêmes conditions sont traités deux jours après l'inoculation, pendant deux mois, aux doses de 1.000, 4.000, 6.000, 8.000 et 16.000 U. S. (2 injections sous-cutanées en 24 heures). Les animaux sacrifiés entre le deuxième et le cinquième mois après l'inoculation, n'ont présenté, au point de vue des lésions, aucune différence avec 20 rats témoins non traités.

Enfin, 40 souris blanches infectées avec 0,3 cc. de la suspension bacillaire, ayant servi à l'expérience précédente, ont été traitées, deux jours après l'inoculation pendant deux mois, par deux injections sous-cutanées journalières de 1.000 U. S. Les autopsies pratiquées entre le deuxième et le cinquième mois après l'inoculation ont montré des lésions semblables chez les animaux traités et chez les 20 souris témoins.

Les auteurs concluent que le bacille de Stefansky peut être classé parmi les agents pathogènes insensibles à l'action de la streptomycine.

D. Rezensionen — Analyses — Reviews.

P. O. Wiehe. The plant diseases and fungi recorded from Mauritius. Kew, Surrey. Mycological papers, 1948. No. 24, 39 p. Price 5/-.

Das Commonwealth Mycological Institute in Kew hat hier einen Katalog von Pflanzenkrankheiten und Pilzen herausgegeben, die auf Mauritius, Rodriguez und dem Chagos-Archipel vorkommen. Die Broschüre enthält zunächst die Wirtspflanzen in alphabetischer Reihenfolge ihrer botanischen Namen mit den zugehörigen Krankheiten, zum Teil auch mit Fundorten. Bei den wirtschaftlich wichtigen Krankheiten finden sich knappe Angaben über Bekämpfungsmöglichkeiten. Ein besonderes Kapitel umfaßt die Viruskrankheiten mit ihren Wirtspflanzen, nach Symptomgruppen geordnet. Ein weiterer Abschnitt führt, ihrer systematischen Zugehörigkeit folgend, sämtliche Pilze inkl. Saprophyten auf. Um dem Praktiker das Auffinden zu erleichtern, sind endlich auch in alphabetischer Liste die Trivialnamen der Wirtspflanzen mit den entsprechenden botanischen Namen zusammengestellt. Wer sich eingehender mit diesen Krankheiten befassen will, findet am Schluß ein ausführliches Literaturverzeichnis.

R. E. D. Baker and W. T. Dale. Fungi of Barbados and the Windward Islands. Kew, Surrey. Mycological Papers, 1948. No. 25, 26 p. Price 3/9.

Das Commonwealth Mycological Institute in Kew legt hier die erste Liste der auf Barbados und den Windwärts-Inseln 1944—1947 gesammelten pflanzenparasitären Pilze vor. Die Pilze sind unter den systematischen Gruppen alphabetisch geordnet mit Angabe der Originalbeschreibung. Ihre zugehörigen Wirtspflanzen werden nach den botanischen Namen aufgezählt mit Fundort, Herbarnummer (Imperial College of Tropical Agriculture oder Commonwealth Mycological Institute) und kurzen biologischen oder morphologischen Notizen. Es folgt eine Liste der Wirtspflanzen, systematisch gruppiert, und schließlich ein alphabetisches Verzeichnis sämtlicher Pilze.

Louise Frick (Basel).