

LA LÈPRE DE L'ENFANT À LA MARTINIQUE

E. MONTESTRUC

Avec la collaboration de

E. RAGUSIN, P. CAUBET, R. BLACHE

ET P. MARTIN DE MIRANDOL

Nous avons déjà signalé combien la contagion lépreuse du jeune âge dans le milieu familial infecté—ou, plus exactement, dans le milieu de cohabitation infecté ceci étant la conséquence du paupérisme et de la promiscuité—constitue un élément essentiel dans l'épidémiologie de la lèpre.

Nous avons déjà publié deux observations de lèpre du type lépromateux (donc de diagnostic inattaquable) concernant deux nourrissons respectivement âgés de onze et trois mois, pour lesquels, seule, la promiscuité—très courte pour l'un d'eux—avec des membres de leur famille lépreux et fortement contagieux, pouvait être invoquée comme cause de contagion. L'infection congénitale pouvait être écartée, les parents n'étant porteurs d'aucun signe de lèpre (1-2). Il est par ailleurs à cougigner que dans le second cas, le contact avec le foyer de contagion ne s'est pas prolongé au delà d'une quinzaine d'heures, répété cinq à six fois. Ces contacts, peu prolongés, mais répétés, ont cependant suffi pour que le bacille de Hansen, introduit dans l'organisme, déclenche dans cet organisme, saisissant aussitôt une occasion favorable, un état lépromateux extrêmement sévère.

Beaucoup d'auteurs pensent qu'il est très vraisemblable que c'est dans le premier âge de la vie que s'opère la contagion. Ces auteurs se basent sur le fait que les premiers signes du mal apparaissent presque toujours dans la jeunesse ou les premières années de l'âge adulte. Même lorsque la maladie se déclare plus tard, disent-ils, on ne peut pas ne pas affirmer, vu la longueur de l'incubation de la lèpre, que la contamination ne date pas de l'enfance ou de l'adolescence.

Deux ordres de faits épidémiologiques paraissent appuyer cette hypothèse: c'est d'abord, en pays d'endémicité lépreuse, la rareté—des cas de lèpre chez les adultes venant de contrées indemnes, même parmi ceux vivant en contact de lépreux (médecins, infirmiers, soeurs de charité, missionnaires, etc.) et celle—*presque absolue*—de contagion entre conjoints. Pour notre part, depuis plus de vingt ans que nous sommes en Martinique, nous n'avons rencontré qu'un seul exemple de lèpre conjugale et encore il n'est pas sûr que l'un et l'autre des conjoints n'aient opéré, leur contagion avant leur union.

Cependant, Floch (3) apporte au débat un fait extrêmement troublant, celle de la lèpre des bagnards:

Le bagne a été institué en Guyane Française en 1852; les tout derniers bagnards viennent de quitter Cayenne (Aout 1953); il ne nous reste que quelques rares libérés.

Au point de vue population pénale, nous avons en Guyane une moyenne annuelle de bagnards de 7 à 9.000, de 1900 à 1940; cette population a diminué progressivement d'environ 500 individus de 1940 jusqu'en 1948. . . .

Ce n'est que 31 ans après l'arrivée des bagnards en Guyane que Orceas dépista les deux premiers cas de lèpre chez eux; il s'agissait d'un Européen et d'un Arabe (1883). Petit à petit, mais inéluctablement, la lèpre progressa au point que nous arrivâmes en 1950 à considérer qu'à la fin de la "triste expérience" du bagne, la lèpre y était aussi fréquente que dans le milieu créole (6%).

En 1940, nous relevions dans le contingent pénal en Guyane française, 51% d'Européens, 40% d'Arabes, 4% de Noirs et 4% de Jaunes.

Et que trouvons-nous comme Européens chez les malades? 61% de 1939 à 1950 contre seulement 23% d'Arabes. Ces derniers (comme les Jaunes et les Noirs) peuvent être considérés comme originaires de pays d'endémicité lépreuse contrairement aux Européens.

Ces chiffres suffisent, de toute évidence, à prouver la contagiosité de la lèpre à l'âge adulte, car, pratiquement, aucun des bagnards européens, arrivés à l'âge adulte, pour la première fois, en pays d'endémicité, n'a pu contracter cette affection dans son enfance; et ils sont plusieurs centaines dans ce cas!

Tisseuil (4) avait déjà insisté sur la lèpre chez les bagnards en Nouvelle-Calédonie et en Guyane dans une communication à laquelle nous avons répondu (5).

La question est, du point de vue immunologique, d'une très grosse importance. En effet, ou bien les bagnards arrivant en Guyane indemnes, et qui s'y sont contaminés, répondaient positivement à leur arrivée aux réactions tuberculiques et alors la para immunité, même relative, dont Floch—et nous sommes absolument de son avis—est un partisan convaincu, conférée par le bacille de Kock vis à vis du bacille de Hansen est loin d'avoir joué, où bien ces bagnards étaient vierges de toute imprégnation tuberculeuse—et lépreuse bien entendu puisqu'ils venaient de régions indemnes de lèpre—et alors ils se sont comportés comme des sujets neufs, c'est-à-dire comme des enfants, ayant été vis à vis du bacille de Hansen ce que les tirailleurs sénégalais ont été et sont encore vis à vis du bacille de Koch à leur arrivée en Europe. Dans l'ignorance où nous sommes sur l'état d'allergie tuberculeuse des bagnards à leur arrivée à Nouméa ou à Saint Laurent du Maroni, nous ne pouvons qu'accorder une considération relative aux constatations les concernant.

Cependant, il serait vain de vouloir nier catégoriquement la contagion chez les adultes. Outre l'exemple des bagnards de la Guyane signalé par Floch, d'autres cas, indiscutables et relativement nombreux, le montrent sans aucun doute. Nous connaissons trois observations d'Européens, venant de contrées indemnes de lèpre qui se sont contaminés en Martinique après un séjour de plusieurs années. Ces cas ne sont donc pas exceptionnels.

Toutefois, la lèpre de l'enfant présente un intérêt épidémiologique certain et c'est pourquoi les léprologues suivent avec beaucoup d'attention le dépistage des lèpres chez les enfants, dépistage qui constitue un indice certain de la virulence du germe, de l'importance et de la ténacité de

l'endémie. En ce qui concerne la Martinique, voici les chiffres qui, en dix ans, ont été enregistrés pour les enfants de moins de 15 ans :

Années	Lépromateux	Tuberculoïde	Indéterminés	Total	Total des malades dépistés
1943	4	2	11	17	53
1944	4	2	4	10	48
1945	4	4	6	14	51
1946	5	1	7	13	53
1947	4	4	6	14	51
1948	15	7	10	32	84
1949	14	8	5	27	93
1950	19	5	23	47	127
1951	4	9	21	34	110
1952	8	3	20	31	99
TOTAL	81	43	114	238	776

Il faut noter la très nette amélioration du dépistage dès 1948. La raison en est simple: l'installation de l'Assistance Médicale gratuite à la Martinique. Un dépistage en plus grande profondeur a pu ainsi être opéré, et les résultats ont été saisissants.

Il faut aussi noter que le nombre des nouveaux malades de moins de 15 ans, représente 30,6 pour cent du nombre total des malades dépistés. Presque toutes les formes de lèpre observées sont des formes de début, remontant à quelques semaines, au maximum à quelques mois. Sur 238 de ces jeunes malades, nous avons trouvé: 81 cas du type lépromateux, soit 34 pour cent; 43 cas du type tuberculoïde, soit 18 pour cent; et 114 cas du groupe indéterminé, soit 47,8 pour cent.

Le type lépromateux s'installe donc d'emblée ou tout au moins fait suite très rapidement aux lèpres indéterminées dans plus de 1/3 des cas. C'est dire la virulence de l'endémie lépreuse martiniquaise. Le groupe indéterminé occupe près de la moitié des cas, alors que le type tuberculoïde ne se trouve qu'en troisième ligne. Nous reviendrons un peu plus loin sur ces considérations.

Les enfants martiniquais sont donc extrêmement sensibles à l'infection lépreuse. Quelques en sont les raisons? Il semble bien qu'on puisse tout d'abord incriminer les mêmes raisons que Calmette a invoquées en ce qui concerne l'infection tuberculeuse dans le jeune âge et pour conseiller l'emploi du B.C.G. buccal dans les premiers jours de la vie, c'est-à-dire l'extrême perméabilité de la muqueuse digestive. A cette perméabilité des muqueuses digestives, il faut peut-être ajouter la fragilité de l'épiderme. On peut à ce sujet se rapporter à l'observation que nous avons publiée en 1952 (6) du jeune nourrisson allaité et vivant au contact de sa mère fortement bacillifère et porteur de nombreuses piqûres de moustiques, au niveau desquelles pullulaient les bacilles lépreux. Enfin, dans le tout jeune âge, voire même dans l'adolescence, les défenses naturelles de

l'organisme n'ont pas encore atteint leur maximum d'importance et d'efficacité.

On admet, en effet, après Calmette, que l'immunité tuberculeuse (et les études immunologiques récentes sur la lèpre, rapprochent de plus en plus cette attention, du point de vue immunologique, de la tuberculose), ne peut s'établir que par la présence dans l'organisme de quelques unités de bacilles de Koch *vivants*, non virulents. La négativité de l'allergie cutanée par la tuberculine ou la lépromine chez le tout jeune enfant et la disparition de cette négativité avec l'âge, en sont des preuves évidentes.

Moins péremptoire peut être, mais à notre sens évidente, est aussi la preuve fournie par le faible pourcentage des lèpres tuberculoïdes chez le tout jeune enfant par rapport aux lèpres lépromateuses et indéterminées. Au dessous de cinq ans, à la Martinique, le type tuberculoïde est rare, sinon exceptionnel. Or, on sait que le type tuberculoïde de la lèpre signe la résistance de l'organisme devant l'infection. L'immunité lépreuse s'acquiert donc avec l'âge ainsi que le prouve la réaction de Mitsuda dont la fréquence de positivité en pays d'endémicité lépreuse augmente au fur et à mesure que l'enfant grandit.

* * *

La lèpre infantile pose, à la Martinique comme ailleurs, deux grands problèmes: un problème thérapeutique et un problème prophylactique et social.

Le problème thérapeutique.—Dans une étude récente Laviron et Lauret (7), tout en reconnaissant la très grande valeur thérapeutique des sulfones dans le traitement des formes lépromateuses ont constaté—comme toute le monde d'ailleurs—que dans les autres formes les améliorations sont moins constantes et plus lentes; et: “un fait dont il faut tenir compte, c'est la toxicité de la D.D.S. pour le jeune enfant. C'est pour cette raison que nous sommes demeurés fidèles à l'huile de chaulmoogra qui, judicieusement employée dans les formes tuberculoïdes ou indéterminées, donne des résultats au moins aussi remarquables que la D.D.S. dans la forme lépromateuse.”

Notre opinion est extrêmement éloignée de celle de nos collègues de Bamako. Car, jamais nous n'avons vu et jamais nous n'avons trouvé signalé, les observations de Schujman exceptées, que l'huile de chaulmoogra donnait dans la lèpre indéterminée, chez l'enfant (comme chez l'adulte d'ailleurs) des résultats “aussi remarquables que la D.D.S. dans la forme lépromateuse.” Certes—et tous les leprologues l'ont souligné—la cure sulfonés, qu'il s'agisse de la sulfone-mère ou de ses dérivés mono ou disubstitués, est infiniment moins spectaculaire dans les formes tuberculoïdes ou laisse de côté les formes tuberculoïdes, qui sont des formes stables, non évolutives, pour ne considérer que les formes indéterminées, il y a deux points capitaux à noter:

1°) Les régressions spontanées dans la lèpre indéterminée—surtout chez l'enfant—sont nombreuses (nous les estimons à la Martinique à

environ 1/3 des cas), et ne sauraient par conséquent être mises sur le compte de la thérapeutique, que celle-ci soit à base de sulfones ou d'huile de chaulmoogra.

2°) Depuis l'ère sulfonée on ne voit plus, chez les malades régulièrement et convenablement traités, de transformations des lèpres indéterminées en lèpres lépromateuses, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. *C'est là, pour nous, le point capital de l'efficacité des sulfones dans les cas du groupe indéterminé.* Les auteurs sud-américains (de Souza Lima en particulier), Floch et nous même avons depuis longtemps insisté sur ces remarquables résultats des aux sulfones et auxquels, antérieurement, avec le chaulmoogra, nous n'étions pas habitués.

En outre, la différence de facilité, d'administration du chaulmoogra d'un côté, des sulfones de l'autre, ne se pose même pas: les sulfones, par la voie orale, sont acceptés de tous les enfants chez lesquels il est parfois difficile de pratiquer des injections par voie musculaire des produits chaulmoogriques.

Quant à la toxicité de la D.D.S. chez le jeune enfant, non seulement elle est, d'après notre expérience, moins à redouter que chez l'adulte, mais les réactions léprotiques sont moins nombreuses. Floch (8), a indiqué tous les avantages et tous les détails de l'administration de la D.D.S.; nous n'y reviendrons pas. Nous dirons seulement que nous avons pu administrer, chez des nourrissons de moins d'un an, des doses de 10 et 20 mgr. par jour sans aucune incidence fâcheuse sur la courbe du poids et de croissance de l'enfant.

Pour nous donc, chez l'enfant comme chez l'adulte, le chaulmoogra, ainsi que l'a recommandé la commission de la thérapeutique à la VI^e Conférence Internationale de la Lèpre à Madrid doit être définitivement abandonné.

Le problème prophylactique et social.—Infiniment plus ardu et plus compliqué est le problème prophylactique et social que pose la lèpre de l'enfant à la Martinique. La prophylaxie et l'aspect social de la lèpre de l'enfance sont, en effet, des problèmes conjoints qu'il n'est pas possible de séparer et qui découlent de l'impératif épidémiologique que nous avons déjà posé: c'est principalement dans le jeune âge et dans le milieu ambiant infecté que se fait la contagion lèpreuse. Il est de toute évidence que toutes les mesures logiques et rationnelles devant être rigoureusement appliquées se heurtent à des difficultés pratiques insurmontables.

Il faudrait, en effet: 1°) isoler dès sa naissance l'enfant né de parents lépreux; 2°) isoler tous les enfants vivants dans un foyer lépreux; 3°) evincer des établissements scolaires non seulement les lépromateux, mais aussi les tuberculoïdes et les indéterminés, voire même les suspects.

Des observations troublantes de contamination se multiplient de plus en plus au contact des seules lèpres bénignes. A vrai dire, en pays d'endémicité lèpreuse, il est bien difficile de ne pas avoir de contact avec des formes malignes et cela enlève beaucoup de poids à ces observations.

Quoiqu'il en soit, si l'hospitalisation des jeunes malades est actuellement relativement aisée, l'installation d'un service de léprologie à l'Hopital Albert Clarac le permettant, par contre il est pratiquement impossible de recueillir, de faire subsister, d'éduquer tous les enfants vivants actuellement en milieu infecté. Pour Fort-de-France seulement, nous avons compté que le nombre de ces enfants s'élèverait à plusieurs centaines.

Cependant, il est possible, dans l'immédiat, d'appliquer certaines mesures prophylactiques de première urgence.

I°) *La vaccination au B.C.G. de tous les nouveaux nés.*—Dès 1938, bien longtemps par conséquent avant que les travaux immunologiques sur la lèpre aient pris l'importance qu'ils occupent actuellement dans les travaux des léprologues, nous avons administré le B.C.G. en vue de conférer, outre l'immunité tuberculeuse, une para immunité lépreuse, aux enfants issus de parents lépreux, et nous en avons publié les résultats (9). Depuis la communauté antigénique du bacille de Koch et du bacille de Hansen a été amplement démontrée, qu'il s'agisse de l'allergie cutanée, ou des réactions sérologiques. Cette communauté antigénique permet de rendre positive une réaction de Mitsuda antérieurement négative dans une proportion de 70 à 90 pour cent des cas. La positivité de la réaction de Mitsuda, traduisant une résistance vis à vis de l'infection lépreuse, on peut conclure que l'administration de B.C.G. confère par conséquent une immunité lépreuse relative.

Le B.C.G. est obligatoire à la Martinique département, pour une certaine catégorie d'assujétis. Il est très regrettable que les enfants, à leur naissance, ne soient pas compris parmi ces derniers. Certes, une forte proportion de nouveaunés est vaccinée (4.019 sur 8.474 naissances en 1952, soit près de 50%), mais la plupart de ces vaccinations sont effectuées par la voie buccale avec les doses classiques prescrites par Calmette: trois doses successives, chacune de 10 mg., dans les dix premiers jours de la vie. Or, beaucoup d'accouchées quittent la maternité avant que leur enfant ait reçu les trois doses de vaccin. Il serait donc souhaitable, d'abord que la vaccination par la voie buccale soit abandonnée ou modifiée, et que la voie transcutanée soit utilisée.

Nous avons vacciné avec des pourcentages de virages des épreuves tuberculiques très satisfaisants à l'aide d'un B.C.G. glycinée, l'excipient aqueux étant remplacé par de la glycérine. Les traits de scarifications s'imprégnant mieux, la pénétration du vaccin est ainsi facilitée, le pansement supprimé et la vaccination antituberculeuse se réduit alors à une opération semblable à celle de la vaccination antivariolique, pouvant, par conséquent, être pratiquée par n'importe quelle sage-femme.

Nous pensons que le B.C.G. confère à l'organisme une immunité lépreuse suffisante pour donner à l'enfant les moyens de résister à l'infection. Même si cette immunité n'est pas totale, le fait qu'elle donne un appoint supplémentaire aux défenses naturelles de l'organisme, permettant à celui-ci de répondre à l'invasion du bacille de Hansen par une forme de résistance, la

forme tuberculoïde, au lieu d'une forme lépromateuse constitue déjà un grand succès. Les quelques enfants nés de parents lépreux, non isolés, que nous avons vaccinés, puis suivis aux réactions tuberculiques et léprominiques, revaccinés éventuellement, n'ont pas contracté la maladie alors que, dans les mêmes conditions, des nombreux autres enfants, non vaccinés, ont été atteints. Nos chiffres sont certes trop peu élevés pour une conclusion définitive. Mais les résultats de Rosemberg, Souza Campos et Aun (10) et de Souza Campos (11) en São Paulo sont encourageants.

2°) *L'éviction de l'école des enfants atteints de lèpre du type lépromateux et leur hospitalisation.*—Certes, tous ces enfants, dès qu'ils sont reconnus atteints, sont évincés de l'école. Mais quelquefois le dépistage tarde et la surveillance médicale scolaire devrait être renforcée, et pratiquée plus souvent.

Ces deux mesures prophylactiques peuvent être appliquées immédiatement. L'Institut Pasteur est en effet à même de fournir tout le B.C.G. désirable et les petits lépromateux peuvent être hospitalisés dans le nouveau service de léprologie de l'Hôpital Clarac où une école permettant de continuer l'instruction des petits malades a été créée.

Mais ces mesures sont insuffisantes et devraient être complétées ainsi :

1°) Isolement des enfants nés de parents lépreux en une crèche spéciale. Il ne peut être question, vu le facteur psychologique martiniquais de placement familial. 2°) Intensification et régularité du dépistage scolaire. 3°) Eviction des écoles de toutes les cas du type tuberculoïde et du groupe indéterminé et, par conséquent, construction d'une école permettant l'instruction de ces enfants. 4°) Outre les mesures concernant les enfants, il serait nécessaire d'hospitaliser tous les lépromateux sans exception et par conséquent de construire un bâtiment pour recueillir les irrécupérables qui, ainsi n'encombreraient pas le Service de l'Hôpital Clarac.

Telles sont les considérations d'ordre thérapeutique, prophylactique et social découlant de l'étude de la lèpre chez l'enfant à la Martinique.

RESUMÉ

Le nombre d'enfants lépreux enregistré chaque année par rapport au chiffre total des malades, le pourcentage du type lépromateux rencontré chez ces enfants, signent, sans le moindre doute, outre la grande réceptivité du jeune âge pour le bacilli de Hansen, la ténacité et la virulence de l'endémie lépreuse à la Martinique.

C'est non seulement dans le milieu familial infecté, mais aussi dans le milieu de cohabitation infecté, que s'opère la contagion. Des observations, malheureusement trop rares, le montrent de façon évidente.

L'impossibilité dans laquelle nous sommes, dans un pays d'endémicité lépreuse, d'affirmer qu'un malade n'a pas été, à un moment donné de son existence, en contact avec un lépromateux, nous empêche de considérer le type tuberculoïde et le groupe indéterminé comme réellement dangereux.

La thérapeutique par le chaulmoogra est aussi décevante, chez l'enfant que chez l'adulte, et les cas d'améliorations ou de régressions définitives constatés avec le traitement par le chaulmoogra, peuvent aussi être mis sur le compte de l'évolution naturelle de la maladie. Le chaulmoogra n'empêche pas les transformations lépromateuses des leprès du groupe indéterminé, transformations qui ont totalement été arrêtées par les sulfones. Ce sont ces constatations, enregistrées aussi ailleurs, qui nous ont fait abandonner définitivement le chaulmoogra pour les sulfones, dont l'efficacité dans le traitement de la lèpre ne se discute même plus, qui sont plus faciles à administrer, qui sont supportées par les enfants aussi bien que par les adultes.

Du point de vue prophylactique et social, il serait possible dès à présent de vacciner convenablement au B.C.G. tous les nouveaux-nés et tous contacts de lépreux anergiques, qui devraient les uns et les autres être assujéti à la vaccination obligatoire et d'hospitaliser tous les jeunes lépromateux qui pourront continuer leur instruction au sanatorium.

Il faudrait, en outre: isoler des leur naissance tous les enfants nés de parents lépreux, intensifier la surveillance scolaire, et évincer des établissements scolaires tous les enfants atteints de lèpre du type tuberculoïde et du groupe indéterminé.

SUMMARY

The number of leprous children recorded every year in Martinique, in relation to the total number of patients (about 30%, on the average), and the proportion of lepromatous cases in these children (about 34%), signify the high susceptibility to the Hansen bacillus of persons of tender age and also the tenacity and virulence of the leprosy enemy in Martinique.

It is not only in the environment of the infected family, but also in that of the infected contacts, that infection occurs. Actual observations—unfortunately infrequent—have demonstrated this fact clearly.

The impossibility of saying, in an endemic area, that a patient has not at some time or other had contact with a lepromatous case has prevented us from considering the tuberculoid type and the indeterminate group as really dangerous.

Treatment with chaulmoogra is deceptive, in children as well as in adults, and the cases showing improvement or definitive regression observed with chaulmoogra treatment might likewise be attributed to the natural course of the disease. Chaulmoogra does not prevent the lepromatous transformation of indeterminate cases, whereas that development has transformations which have been completely stopped by the sulfones. For these reasons we have definitely abandoned chaulmoogra for the sulfones, the efficacy of which is no longer in question, which are easier to administer, and which are as well tolerated by children as by adults.

From the prophylactic and social points of view, it will be possible from now on to vaccinate with BCG all the newborn babies and all the anergic leprosy contacts, and both of these groups should be subjected to compulsory vaccination. There should be compulsory hospitalization of all lepromatous children, who can continue their schooling in the sanatorium.

It is necessary, furthermore, to isolate at birth all infants born of leprous parents, to intensify the surveillance of the schools, and to remove from the schools all children with the tuberculoid and indeterminate forms of the disease.

BIBLIOGRAPHIE

1. MONTESTRUC, E. et RAGUSIN, E. Publ. Inst. Pasteur Martinique, 1944, No. 2.
2. MONTESTRUC, E. Bull. Soc. Path. exot. T.XVVI, 1953, No. 6, 877.
3. FLOCH, H. Publ. Inst. Pasteur Guyane, No. 302, November 1933.
4. TISSEUIL, J. Rev. col. Med. Chir. No. 215, 15 Juillet 1953.
5. MONTESTRUC, E. Rev. col. Med. Chir. No. 217, 15 Octobre 1953.
6. MONTESTRUC, E. et BLACHE, R. Bull. Soc. Path. exot. T.XLIV, 1951 No. 11-12.
7. LAVIRON et LAURET. Internat. J. Leprosy Vol. 21, No. 3, Juin-Septembre 1953.
8. FLOCH, H. Arch. Inst. Pasteur Guyane, Publ. 261, 1951.
9. MONTESTRUC, E. Rev. col. Med. Chir. No. 184, 15 Novembre 1950.
10. VAN DEINSE, F. Semaine des Hopitaux de Paris, No. 80, 10 Décembre 1953.
11. SOUZA CAMPOS, N. Internat. J. Leprosy Vol. 21, No. 4, Juillet-Septembre 1953.