

INTERNATIONAL JOURNAL OF LEPROSY

VOLUME 29, NUMBER 3

JULY-SEPTEMBER, 1961

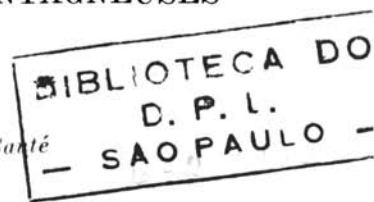
HAUTE ENDEMICITE ET PARTICULARITES CLINIQUES DE LA LEPRE DANS LES REGIONS MONTAGNEUSES DU SUD VIETNAM

PIERRE HARTER, M.D.

Conseiller Au près du Secrétariat d'Etat à la Santé

ET TRAN VAN BANG, M.D.

*Directeur du Plan National de la Lutte Contre la Lèpre
Saigon, Sud Vietnam*



Le Vietnam paraît correspondre à la zone d'affrontement des deux foyers primitifs asiatiques : celui des Indes, dont les plus anciens témoignages remontent à l'époque de l'ouvrage du Sushruta-Sahmita (7ème siècle avant J.C.), et celui de Chine, déjà évoqué avec précision dans le Su Wen (5ème siècle avant J.C.). Cette hypothèse semble confirmée par l'étude des cas de lèpre dans les régions montagneuses et de plaines du Sud Vietnam.

Les régions montagneuses (voir Fig. 1) sont habitées par des groupements ethniques de mentalité et de moeurs encore primitives de race mélanique et probablement d'origine indonésienne (un million d'habitants). Les régions côtières et de plaine sont peuplées de éléments Vietnamiens proprement dits et de chinois émigrés de la Chine du Sud, ethniquement assez parents (onze millions d'habitants). Ces deux populations sont très différentes, et chaque un possèdent une pathologie qui leur est propre. La lèpre chez elles revêt des aspects dissemblables, presque opposables.

L'étude que nous présentons porte sur l'examen de 8.979 Montagnards, effectué par l'un d'entre nous au cours de différentes missions (*); 498 lépreux furent dépistés, soit un taux d'endemie de 55 o/oo.

Parmi ces malades, la répartition des types et formes se faisait comme suit :

Type tuberculoïde	415	83.3%
Type lépromateux	37	7.4%
Forme indéterminée	30	6.0%
Forme borderline	1	0.3%
Groupe nerveux pur	15	3.0%

Pour le calcul de ces pourcentages, nous n'avons pas tenu compte des 434 malades vus dans les léproseries, à l'exception de ceux qui émanaient de l'un des 58 villages et des 2 écoles examinés totalement et systématiquement. Nous pensons avoir évité de cette manière l'écueil qui consistait à surestimer le nombre des mutilés et des lépromateux.

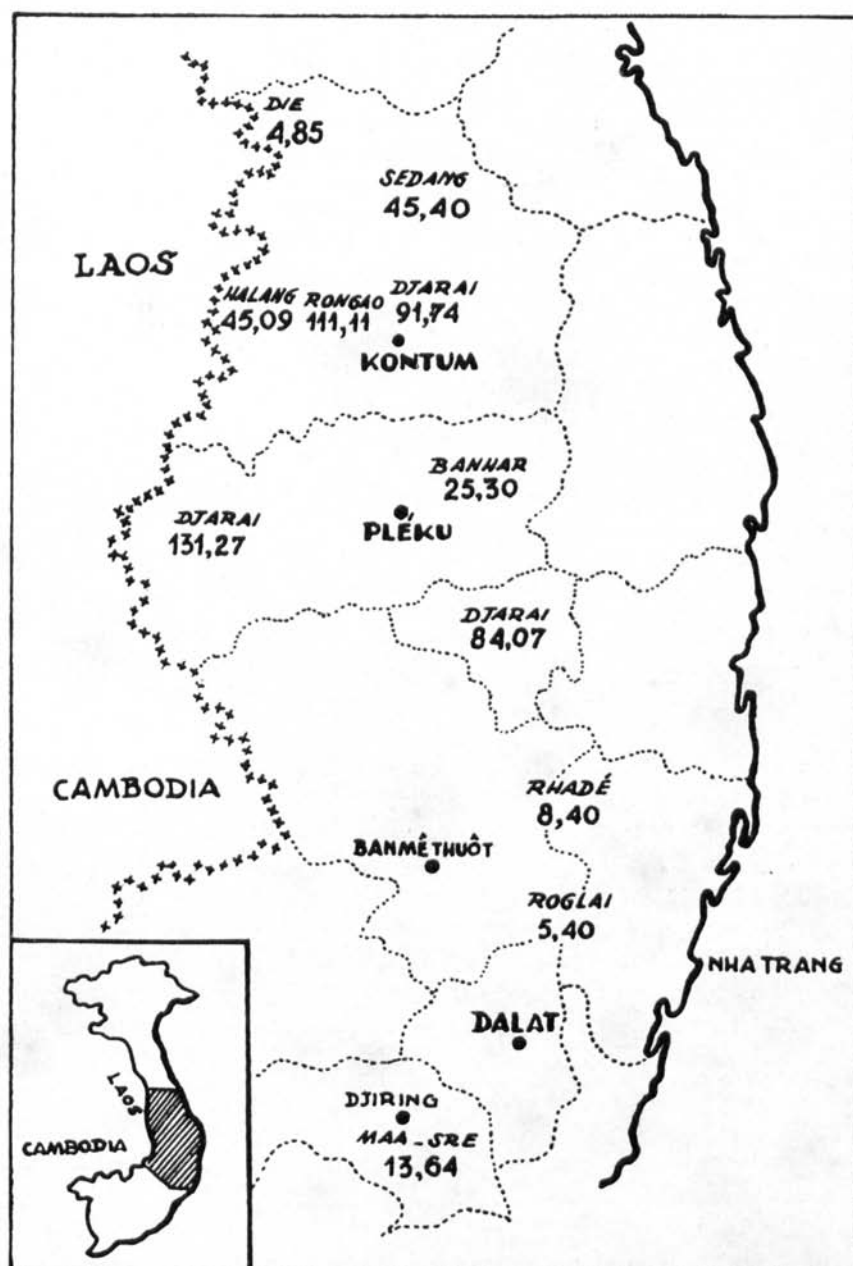
En étudiant autant qu'il nous a été possible de le faire, les différentes provinces et les différentes sous-ethnies, nous verrons que si les répartitions des formes sont à peu près constantes, le pourcentage d'endémie varient considérablement selon les coutumes, le relief, la vie agricole, la accessibilité, les composés telluriques, l'ethnie et bien d'autres facteurs.

Nous verrons au cours de notre étude de détail que le pourcentage des types lépromateux (7.4) est ici l'un des plus bas du monde, et que le taux d'endémie rejoint et dépasse même dans certaines régions (121 o/oo dans celle de Cuty) le chiffre le plus haut du monde (119 o/oo; chiffre donnée par Browne ⁽¹⁾ dans la léproserie Yalisombo, Congo Belge, en 1959).

Il est intéressant de signaler le paradoxe apparent que forme l'opposition de la grande réceptivité (endémie élevée) à la forte résistance (faible pourcentage des types bacillifères lépromateux). Ces deux indices varient presque toujours dans les propositions inverses et à peu près constantes, ainsi que l'a montré l'un d'entre nous, dans une récente étude sur les variations géographiques de la maladie de Hansen ⁽⁵⁾. Les chiffres trouvés chez le Vietnamien du Sud et du Centre (Vietnamien de plaine) confirment cette constatation :

Taux d'endémie	2 à 4%
Type tuberculoïde	45.5%
Type lépromateux	42.3%
Forme borderline	1.2%
Forme indéterminée	10.7%

Ces chiffres nous permettent en effet de noter que la lèpre paraît plus fréquente chez le Vietnamien montagnard que le Vietnamien de plaine, et que les formes lépromateuses fortement bacillifères y sont plus rares. Ce résultat n'est en fait pas tellement paradoxal, car l'endémie se traduit beaucoup plus par l'importance du nombre des sujets réceptifs que par celui des sujets contagieux. Muir va même jusqu'à prétendre que l'augmentation relative du nombre des formes lépromateuses bacillifères par rapport à celui des formes pauci- ou abacillaires est un indice de régression de l'endémie. Cette opinion fut confirmée par Wade ⁽⁶⁾ dans son étude sur la lèpre épidémique de l'île



CHIFFRES POUR 1.000 ‰
EN ITALIQUE : NOMS DES ETHNIES

FIG. 1. Carte des régions montagneuses du Sud Vietnam, montrant la distribution des sous-ethnies étudiées et leurs taux d'endémie.

de Nauru où il vit le pourcentage des formes maculo-anesthésiques diminuer rapidement à mesure que le taux d'endémie décroissait.

On pourrait donc conclure d'après la répartition des formes que l'endémie lépreuse est en diminution chez les Vietnamiens du Sud et du Centre, alors qu'elle est hautement active dans les plateaux Montagnards; ce qui semble confirmé par la comparaison des taux d'endémie que nous avons trouvés sur place.

PRESENTATION ET ANALYSE DES FAITS

Lès détails des résultats de notre enquête parmi 10 groupes ethniques de Montagnards vietnamiens peuplant 3 régions différentes des plateaux montagneux (58 villages et 2 écoles) sont donnés dans le Tableau 1. Un total de 8.979 habitants fut examiné et 498 cas de lèpre furent dépistés soit un taux moyen de 55 o/oo.

Les taux d'endémie, leur variations selon les sous-ethnies.—Le fait le plus frappant, d'après ce tableau, est la grande variabilité des taux d'endémie parmi les différents groupes ethniques de ces régions:

Djarai:	91,7 o/oo (Region de Kontum)
	121,4 o/oo (Region de Cuty)
	84,1 o/oo (Region de Cheoreo)
Rongao:	111,1 o/oo (Plei Krong)
Banhar:	25,3 o/oo (Col de Mang Yang)
Halang:	45,1 o/oo (Plei Khok)
Sedang:	45,4 o/oo (Dak Mot)
Die:	4,9 o/oo (Plei Bom)
Monom:	Néant (Plateau G.I.)
Maa, Sre, Noup:	13,6 o/oo (Djiring)
Rhade:	8,4 o/oo (M'Drack)
Roglai, Trinh:	5,4 o/oo (Dien Khanh)

Deux remarques s'imposent:

(a) Tout d'abord la nette prédominance de l'endémie chez les Djarai et les Rongao (apparentés), chiffre moyen: 93.5 o/oo.

En appliquant notre formule correctrice du calcul des taux d'endémie par village:

$$\% = \frac{x^1 \times 100}{n^1}$$

dans laquelle:

$$x^1 = \frac{x^2 \times n^1}{n^2} + x^3$$

n^1 : effectif réel du village examiné

n^2 : effectif examiné

x^1 : nombre total réel des lépreux

x^2 : nombre des lépreux dépistés dans l'effectif examiné

x^3 : nombre des lépreux isolés ou en léproserie.

Le taux d'endémie maximum, 153 o/oo, a été découvert dans le village de Plei Yaba (Canton de Cuty).

(b) Ensuite, la diminution progressive, à mesure que l'on se dirige vers la côte, les chiffres des Roglai de Dien-Khanh (5,4 o/oo), approchent de très près ceux des Vietnamiens de la côte (3,5 o/oo).

En outre, d'autres variations de taux peuvent s'observer et dépendre de nombreux facteurs:

1. *Le facteur ethnologique.*—Le ethnique ou la race est, croyons nous, l'un des facteurs premordiaux qui reglent la réceptivité des individus. Nous admettons en outre qu'il s'y superpose une réceptivité individuelle dont le support serait chromosomique et transmissible au même titre qu'un syndrome congénital. Le premier facteur racial semble évident lorsqu'on compare les chiffres de deux populations très différentes du Vietnam et pourtant de plus en plus étroitement en contact. Le facteur individuel nous a paru indiscutable dans de multiples circonstances, mais en particulier au sein d'une famille où les enfants d'un premier lit deviennent tous lépromateux, alors que ceux d'un second lit restèrent indemnes malgré une cohabitation prolongée.

2. *Le facteur sociologique.*—Le facteur sociologique semble également très important. C'est ce facteur qui pourrait permettre d'expliquer le taux relativement faible de l'endémie de Banhar (25,3 o/oo), population qui se trouve en grande partie enclavée dans le groupement Djarai.

(a) *Prophylaxie antilépreuse coutumière chez les Banhar.*—Il s'agit d'une population aux moeurs rigides et à cellule sociale très unie qui effectue une prophylaxie discriminative assez sévère.

Nous citons l'exemple du village de Dak Lao qui, au début du siècle, s'était fragmenté en quatre villages secondaire: Dak Lao, Homre Lao, Homre Chorong et Homre Tolol. La formation de ce dernier village, uniquement constitué par des lépreux, fut la véritable origine de cette scission. Son emplacement fut choisi de façon à ce qu'il utilisât un point d'eau différent de ceaux des villages dits sains. Une double ségrégation s'opère dans ce village.

Première ségrégation: Homre Tolol, situé à 2 kilomètres du premier village "sain," n'était peuplé à l'origine que d'individus "tachés." Des enfants sains sont nés depuis, et le nombre des malades a regressé. Ces individus sont dotés d'une grande liberté relative. Ils peuvent se marier avec une personne saine provenant d'un village sain, mais ils doivent la garder avec eux dans le village de ségrégation. Ils peuvent visiter les villages sains, mais ils ne peuvent y séjourner.

Un individu non taché, provenant d'une village de première ségrégation, peut se marier avec une personne saine d'un village sain et l'y rejoindre. Dans ce village de 60 personnes l'endémi trouvée fut de 233 o/oo.

Deuxième ségrégation: A 200 mètres environ du village de première ségrégation, on trouve une petite agglomération qui ne comporte que des malades mutilés. Ceux-ci utilisent un point d'eau encore différent, et ne peuvent quitter l'endroit. Ils recoivent des visites de leur famille, qui leur apporte des vivres quand ils ne peuvent cultiver leur lopin de terre. Ici la totalité des habitants est atteinte, en dehors de quelques épouses saines qui ont suivi leur mari.

Cette prophylaxie sévère nous semble à première vue une des origines principales de l'abaissement du taux d'endémie.

TABLE 1.—Villages examinés, groupes par sous-ethnies.

Sous-ethnie	Region	Village	Popula- tion examiné	Cas de lèpre					
				T	L	I	BL	NP	Total
DJARAI	Cuty	Plei Yaba	76	10	4	3	—	—	17
		Plei Son	64	4	2	—	—	—	6
		Plei Del	180	14	—	—	—	1	15
		Plei Djerang	57	10	—	—	—	—	10
		Plei Yom Klong	74	10	—	—	—	1	11
		Plei Monu	101	8	—	—	—	—	8
			552	56	6	3	—	2	67
	Cheoreo	Plei Pa	258	—	—	—	—	—	—
		Plei Plok	123	3	—	2	—	—	5
		Plei D'Mak	27	10	2	—	—	1	13
		Plei Kly (école)	233	3	—	—	—	—	3
		Plei Drah 1	223	23	3	2	—	—	28
		Plei Drah 2	75	11	4	—	—	—	15
		Plei Kueng Thua	154	18	1	2	—	—	21
		Plei Kueng O	67	7	—	—	—	—	7
		Plei Kueng Yata	72	3	—	1	—	—	4
		Plei Kueng Churoi	125	14	1	3	—	—	18
			1.357	92	11	10	—	1	114
	Kontum	Plei Tower	320	27	1	3	—	1	32
		Plei Kobay	321	21	1	1	—	1	24
		Plei Bodu	157	14	—	—	—	1	15
		Plei Kleng	169	6	—	—	—	—	6
		Plei Mun	199	37	2	1	—	1	41
		Plei Mun Yalen	49	3	—	—	—	—	3
		Plei Doch	202	8	—	—	—	1	9
			1.417	116	4	5	—	5	130
SEDANG	“	Plei Todrop	364	9	3	1	—	1	14
		Dak Mot	527	13	2	—	—	1	16
		Dak Ri Peng	166	9	1	3	—	—	13
		Dak Ri Kuen	197	19	1	2	—	1	23
		Dak Jak	222	3	—	—	—	—	3
		Dak Sut	123	—	—	—	—	—	—
		Kon Henong	200	6	—	—	—	—	6
		Dak Trang	55	—	—	—	—	—	—
		Dak Blo Kuen	40	8	2	—	—	—	10
			1.894	67	9	6	—	3	85
BANHAR	“	Homre Tolol	60	16	1	—	—	1	18
		Dak Lao	47	5	—	—	—	—	5
		Homre Chorong	111	4	—	—	—	—	4
		Kontum Konom	483	—	—	—	1	—	1
		Kon Drei	125	1	—	—	—	—	1
		Kon Jo Dreh	320	—	—	—	—	—	—
			1.146	26	1	—	1	1	29

TABLE 1.—*Villages examinés, groupes par sous-ethnies.*—Continué.

Sous-ethnie	Region	Village	Popula- tion examiné	Cas de lèpre					
				T	L	I	BL	NP	Total
RONGAO	“	Plei Kronk Klah	153	17	1	—	—	—	18
		Plei Krong Kotu	162	15	1	—	—	1	17
			315	32	2	—	—	1	35
DIE	“	Plei Bom	206	1	—	—	—	—	1
HALANG	“	Dak Rode Ye	129	1	—	—	—	—	1
		Dak Rode Tih	160	1	—	—	—	1	2
		Plei Khok Klong	221	15	—	4	—	1	20
			510	17	—	4	—	2	23
MONOM	“	Kon Ghok	47	—	—	—	—	—	—
		Kon Wonkia	110	—	—	—	—	—	—
		Kon Roland	145	—	—	—	—	—	—
		Kon Beu	117	—	—	—	—	—	—
			419	—	—	—	—	—	—
NOUP	“	Bon Rioum	38	2	—	—	—	—	2
		Bon Tuklo et Dankou	58	—	—	—	—	—	—
			96	2	—	—	—	—	2
SRE	“	Bon Djirelagne	182	1	1	1	—	—	3
		Bon Klong Ros	123	2	2	1	—	—	5
		Bon Konyang	—	—	—	—	—	—	—
		Daa Royam	57	—	—	—	—	—	—
		Bon Lahong	116	—	—	—	—	—	—
			478	3	3	2	—	—	8
MAA B' SRE	“	Ecole B'Sre	89	—	—	—	—	—	—
		Bon B'Sre	197	1	—	—	—	—	1
		Bon Botong	147	—	—	—	—	—	—
		Bon Bo Djong	64	2	1	—	—	—	3
		Bon Kinda	92	—	—	—	—	—	—
			589	3	1	—	—	—	4
TOTAL			8.979	415	37	30	1	15	498

(b) *Prophylaxie antiléprouse coutumière chez les Djarai.*—Il s'agit d'une population aux moeurs plus libres dont la prophylaxie à peine ébauchée, semble plus déterminée par le sentiment d'horreur que peuvent susciter les défigurations, les mutilations, et l'odeur éprouvable des lépreux que par une notion quelconque de contagion. Seuls les malades de ce type sont isolés, et seulement relégués dans une petite case individuelle à l'entrée du village; ils utilisent le point d'eau commun du village. Quant aux tachés et lépromateux non mutilés, ils vivent en général en famille dans la case commune.

Il manque à cette population la notion de contagion et la discrimination de premier abord illogique il est vrai, entre la forme lépromateuse contagieuse et la forme tuberculoïde mutilée non contagieuse.

Toute ségrégation, qu'il s'agisse des Banhar ou des Djarai, est décidée par le conseil de village, avec avis de la famille. C'est pourquoi il nous a été parfois possible de découvrir des lépreux relativement avancés encore admis dans la communauté, du fait de leur haute autorité coutumière.

3. *Les influences telluriques.*—Elles ont déjà été incriminées par d'autres chercheurs. Il est certain qu'on peut être frappé d'observer des zones variables dans une même sous-ethnie aux mêmes institutions coutumières mais peut être à flore et à terrain différent. Une analyse des microéléments telluriques et la superposition de leurs variations aux variations de taux d'endémie pourraient être intéressantes.

Djarai: Kontum: 91,7 o/oo

Cheoreo: 84,1 o/oo

Cuty: 121,4 o/oo

4. *L'économie agricole.*—Nous avons été frappé de ne découvrir aucun lépreux dans la région de Monom, où le relief est régulièrement accidenté, prenant l'aspect de mamelons qui se succèdent à perte de vue et où les villages sont installés à titre permanent auprès de rizières inondées, même en saison sèche. Alors que les autres sous-ethnies plus atteintes ne cultivent en général que le riz de montagne dans des "rây" successifs procède de la terre brûlée, et reconstruisent leurs villages à la demande des nouveaux "rây."

5. *La accessibilité.*—On est tenté de partager l'opinion classique qui affirme que le lèpre suit les voies de communication. En effet la région de Pleiku, sans grand relief et sillonnée de nombreuses routes ou pistes carrossables, est la plus infestée. Alors que les villages de:

Plei Pa (Djarai), situé à 2 heures de marche de Cheoreo, n'a pas montré de lépreux sur 258 individus.

Plei Doch (Djarai), à une demi journée d'escalade de Plei Mun, n'a montré que 49 o/oo dans une zone d'endémie de 121 o/oo.

Et que les régions Sedang, à relief très accidenté et peu pourvues de pistes carrossables, ne montrent que 45 o/oo, sans parler des régions Die (4,9 o/oo) et Monom (0,0 o/oo) encore plus inaccessibles.

Il en est de même dans la région du Haut-Donnai, particulièrement inaccessible, où Vilain (7) n'enregistra que 11,5 o/oo en 1953, et nous-même 13,6 o/oo en 1960. Ce chiffre plus élevé nous semblant dû au temps plus court que nous avons passé dans cette région et par conséquent à l'examen de villages moins éloignés des grandes voies.

Mais cette règle n'est pas proportionnelle aux facteurs éloignement et pas entièrement confirmée lorsqu'on considère les groupements Halang, qui, malgré les 2 journées de cheval qu'il nous a fallu faire pour les atteindre, nous ont permis d'enregistrer le chiffre de 45 o/oo.

6. *La proximité des villes et l'hygiène qui en découle.*—Cet facteur

exerce une influence incontestable sur l'extinction de la lèpre. L'examen de 3 villages Banhar dépendent de la ville de Kontum, ne nous a montré en effet que: Kontum Konom (483 habitants), 2,1 o/oo; Kon Drei (125 habitants), 8,0 o/oo; Kon Jo Dreh (320 habitants), 0,0 o/oo.

L'examen des 233 enfants de l'école de Plei Kly (Djarai), qui représentent un choix du point de vue tenue d'hygiène, n'a relevé que 3 lépreux, soit 12,9 o/oo; et celui de l'école de B'Sre (Maa-Sre) n'en a montré aucun sur 89 enfants.

Vilain (⁷) fait la même remarque dans son rapport, en 1953, sur l'endémie lépreuse de la province du Haut-Donnai. Pour lui—et nous avons pu le vérifier nous-mêmes au cours de nos enquêtes—le taux d'atteinte diminue dans des proportions considérables, atteignant 0,3 o/oo (partie basse du District de Dran); lorsque l'on considère des villages de Montagnards aisés et plus évolués, installés dans des régions de plaines à rizières permanentes et fortement influencés dans leur hygiène et leur mode d'habitat par les Vietnamiens de la côte. Il en est de même, pensons-nous, pour les Rogglai du District de Dien-Khanh (près de Nhatrang), 5,4 o/oo, et pour les Rhadés du District de M'Drack (à 60 km. de Ninh-Hoa), 8,4 o/oo.

FREQUENCE DE L'AFFECTION SELON L'AGE

Un autre point d'intérêt primordial, qui n'est noté dans le Tableau 1, est le taux relativement bas de l'infection chez les enfants de 15 ans et au-dessous comparé avec celui des adultes de plus de 20 ans (total 433).

<i>Âge</i>	<i>Cas</i>	<i>Pourcentage</i>
0- 5	4	0.9
6-10	19	4.4
11-15	26	6.0
(Total)	49	11.3
16-20	33	7.6
>20	351	81.1
Total	384	88.7

Ce chiffre de l'endémie infantile (11.3%), fort voisin de celui établi par Destombes (³) en 1953 (11%), est très inférieur à celui que nous avons découvert chez les Vietnamiens de plaine (16,7%). Nous considérons cette différence comme un indice de résistance et peut être le témoin d'une période d'incubation plus longue chez le Montagnard que chez les Vietnamiens de plaine.

REPARTITION SELON LE SEXE

Nous avons noté, ce qui est habituel d'après des études statistiques faites par d'autres auteurs, une nette prédominance des atteintes masculines: 1.127 hommes pour 588 femmes sur les 1.715 malades enregistrés:

498 dépistés au cours de notre enquête, et 1.217 hospitalisés ou figurant dans les fichiers de dépistage des quatre léproseries inspectées, soit à peu près $\frac{2}{3}$ d'hommes (1.9 : 1).

Une répartition à peu près identique avait été trouvée par Vilain dans le Haut-Donnai, 260 hommes pour 433 malades (1.5 : 1), et part Destombes (^{2, 3}) 351 hommes pour 537 malades (1.9 : 1).

Cette répartition ne concorde pas exactement avec celle des lépreux Vietnamiens enregistrés par Litalien (⁶) à la consultation de l'Institut Pasteur de Saigon. Les chiffres qu'il rapporte, 3.985 hommes pour 1.295 femmes, correspondent à une proportion de $\frac{3}{4}$ d'atteinte masculine (3 : 1).

Cet excès relatif de l'atteinte féminine chez le Montagnard pourrait peut-être s'expliquer par la participation plus grande des femmes aux travaux des champs et leur caractère moins casanier que celui de la femme vietnamienne. Peut-être cet excès relatif est-il plus grand, si l'on prend en considération les difficultés de l'examen des membres inférieurs chez les femmes Montagnardes et les risques de laisser inaperçus quelques cas que cela comporte. Mais il est également possible que le défaut relatif de l'atteinte féminine de la Vietnamiennne de plaine soit dû au fait que le mode de dépistage était différent: présentation volontaire et individuelle au dispensaire, et non examen systématique et total de villages entiers.

REPARTITION DES FORMES SELON L'AGE

Les chiffres suivants montrent la répartition des types et formes parmi 49 enfants et 384 adultes pour lesquels la totalité des renseignements put être recueillie:

Type	Enfants (0-15 ans)	Adultes (>15 ans)
Type tuberculoïde	42 — 84%	323 — 84%
Type lépromateux	1 — 2%	28 — 7%
Forme borderline	0 — 0%	1 — 0.4%
Forme indéterminée	5 — 10%	19 — 5%
Groupe nerveux purs	1 — 2%	13 — 3%

Il est aisé de remarquer, autant que cette statistique ne portant que sur 49 enfants, puisse être considérée comme valable, que chez l'adulte la forme indéterminée est en diminution (5% au lieu de 10%) et le type lépromateux en augmentation (7% au lieu de 2%), ce qui permettrait de penser que les formes indéterminées sont susceptibles préférentiellement de se transformer ultérieurement en type lépromateux.

PARTICULARITES CLINIQUES DE LA LÈPRE TUBERCULOÏDE DU MONTAGNARD

Aspects cliniques généraux.—Nous nous sommes trouvés en face d'un aspect de la lèpre tuberculoïde, tout à fait différent de ceux que nous avons observés en Afrique, en Afrique du nord, en Europe, chez l'Antillais et chez le Vietnamien de plaine.

Tout d'abord le pourcentage, 83, nous a semblé être l'un des plus

élevés du monde. Mais si ce type polaire est ici l'un des plus répandus, il revêt à notre avis son aspect le plus bénin. En effet, nombreuses sont les formes pauci- ou mono-maculeuses, sans atteinte nerveuse, longtemps stationnaire, et régressant spontanément sans traitement. Rares sont les aspects tuberculoïdes majeurs, ou tuberculoïdes réactionnels; et les cas borderline ne seraient presque jamais.

Nous avons établi les observations de 365 des 498 cas que nous avons dépistés dans les villages. Et nous avons essayé de les classer selon leur évolutivité et l'âge des malades en prenant comme test l'un de ces caractères en cas d'évolutivité, l'ensemble en cas de non évolutivité.

	<i>Evolutif</i>	<i>Non évolutif</i>
<i>Nerf:</i>	Hypertrophié	De calibre normal ou peu hypertrophié
	Empaté ou ferme	Dégressible ou fibreux
	Irrégulier	Régulier
	Hypersensible	Sensibilité normale ou non sensible
<i>Lésion cutanée:</i>	Rosée ou fauve	Hypochromique ou repigmentée
	Surélevée	Plane ou atrophique

Évolutivité des type tuberculoïde selon l'âge.—L'examen clinique de 365 cas tenant compte des précédents critères d'évolutivité (43 enfants et 322 adultes de plus de 15 ans) donne les résultats suivants:

<i>Groupes de âge</i>	<i>Evolutifs</i>	<i>Non évolutifs</i>
Enfants		
0- 5	3	1 (25%)
6-10	11	4 (26%)
11-15	19	5 (20%)
Adultes		
16-20	12	9 (43%)
>20	162	139 (46%)
Total	207	158 43%

Ainsi nous pouvons noter que la lèpre tuberculoïde est deux fois plus involutive chez l'adulte (46%) que chez l'enfant (23%), soit un pourcentage global de 43 pour cent d'involativité spontanée totale des lésions cutanées et nerveuses.

Atteinte des nerfs dans la lèpre tuberculoïde du Montagnard.—Cette étude ne fut faite d'une façon compétente que dans 388 cas, et elle donne les résultats suivants:

Pas d'atteinte nerveuse	299 cas, 77%
Modification du nerve avec ou sans anesthésie ou paralysie ..	45 cas, 12%
Mutilations	44 cas, 11%

Le proportion des atteintes cutanées pures (77%), sans lésion nerveuse cliniquement décelable, nous a paru énorme et semblerait être à notre avis le témoin d'une résistance précoce se faisant déjà ressentir dans 23 pour cent des cas infantile.

Le proportion important des mutilations par rapport aux 95 cas

avec atteintes nerveuses (50%) s'explique facilement lorsque l'on considère la vie rude des Montagnards, avec le mépris des petites plaies qu'elle comporte, leur trop grande simplicité vestimentaire, et l'emploi d'outillages et de méthodes rudimentaires qui multiplient les facteurs de traumatisme.

Thérapeutique traditionnelle par brûlures.—Nous pensons qu'il est utile de signaler la thérapeutique traditionnelle particulière à certaines sous-ethnies, qui, en dehors des sacrifices d'animaux, utilisent la technique de la brûlure précoce des taches, soit en appliquant sur la tache un fragment de poterie ou un morceau de fer chauffé au rouge (Djarai), soit en laissant se consumer sur la peau une sorte d'étope tirée de l'écorce d'un arbre à moelle particulière (Halang).

Nous avons enregistré ces cas, que nous avons reconnu aisément, car le brûlure reproduisait la forme de la tache tuberculoïde et son orientation métamérique, et elle s'accompagnait parfois d'atteintes nerveuses spécifiques. Ces brûlures dépassent souvent le 2ème degré, et elles sont faites très précocement, car en effet les Montagnards des régions de haute endémie sont capables de faire avec certitude—et parfois plus de certitude que le praticien seulement objectif—une distinction entre la tache lépreuse et non lépreuse. Ils peuvent même, nous l'avons vu, déceler les signes prémonitoires subjectifs de la maladie, avant le stade des signes cutanés et des signes nerveux apparents.

Ils n'hésitent pas à confirmer notre diagnostic rétrospectif de lèpre, la brûlure étant une thérapeutique et non une manoeuvre dissimulatrice. Le Djarai ou le Halang n'a aucune honte d'être taché, puisque le port de cette tache ne lui entraîne aucune mesure discriminative. Inversement, parmi les populations à basse endémie (Die, Maa, Noup, Sre) nous avons vu relever de nombreux faux diagnostics de lèpre: maladie de Dupuytren, porokératose de Mibelli, kératoses congénitales syphilitiques cutanées, parakératoses hypochromiantes, mycoses profondes. Une étude statistique de 112 cas nous a permis de conclure à une certaine efficacité thérapeutique de cette pratique:

Notamment sur la lésion cutanée elle-même, qui n'a récidivé que dans 3,5 pour cent des cas: l'un 18 ans après, l'autre 2 ans après, et les 2 autres immédiatement après. Dans ces derniers cas, il s'agissait de lésions profondes d'emblée.

Sur le taux des lésions nerveuses, qui s'abaisse à 14 pour cent (au lieu de 23%), et surtout sur l'évolutivité des atteintes neurotrophiques, car le taux des mutilations s'abaisse à 0,9 pour cent (soit 6% des formes nerveuses) au lieu de 11,5 pour cent (soit 50% des formes nerveuses) chez les Montagnards non brûlés.

Rareté des cas lépromateux.—Nous ne pûmes dépister aucun type lépromateux dans 25 des 47 villages infestés que nous avons vus. Il ne nous fut pas possible non plus d'y recueillir le souvenir d'un cas décédé précédemment, autant que l'interrogatoire pouvait nous permettre de nous en assurer. Ce fait, loin de nous amener à résoudre la question de

la contagion transitoire des formes tuberculoïdes en poussée, nous conduit à insister sur l'extrême réceptivité de cette population, et le grand danger que peut présenter un seul cas lépromateux ou borderline contagieux dans ces collectivités.

SOMMAIRE

Les auteurs font une étude comparative de l'endémie lépreuse au sein de deux races différentes, Montagnards et Vietnamiens, dans le Sud Vietnam. Ils s'appuient sur l'examen de 8.979 Montagnards pour faire ressortir l'originalité de la lèpre dans cette population :

La haute endémicité, atteignant 121 pour mille, dans certaines areas est un signe de grande réceptivité. Le bas pourcentage des types lépromateux, 7,4, et le haut pourcentage des types tuberculoïdes, 83, est un signe de forte résistance au progrès de la maladie.

La relativement faible endémie infantile, 11,3 pour cent, que l'on pourrait interpréter comme un signe d'allongement de la période d'incubation ; la forte proportion des types tuberculoïdes spontanément involutifs (43%), et des formes cutanées pures de ce type (77%), sont autant de signes traduisant une forte résistance.

Les autres rappellent la constante variation inverse de la réceptivité et de la résistance.

Ils étudient les facteurs qui peuvent faire varier l'endémie dans diverses régions montagnardes : ethnique, particularités chromosomiques héréditaires, influences des microéléments telluriques, économie agricole, accessibilité, proximité des villes et l'hygiène qui en découle, prophylaxie et thérapeutiques coutumières.

Selon les auteurs la pratique de la brûlure précoce des taches tuberculoïdes, dans les formes paucimaculeuses sans atteinte nerveuse, a semblé revêtir une certaine efficacité.

SUMMARY

The authors have made a comparative study of the endemic features of leprosy among two different races, Highlanders and Vietnamese, in South Vietnam. Based upon the investigations of 8,979 Highlanders, they point out the special characteristics of leprosy among that population :

The high endemicity, reaching 121 per thousand in some regions, is a sign of great susceptibility to infection. The percentage of lepromatous cases, 7.4, is very low ; and the high percentage of tuberculoid cases, 83.3, is a sign of high resistance to the progress of the disease.

The relatively low rate among children, 11.3 per cent, which can be considered as a sign of lengthening of the incubation period ; the high proportion of spontaneously involutive tuberculoid cases (43%), and of pure cutaneous forms of this type (77%), are likewise signs of a high resistance.

The constant inverse variation of susceptibility to infection and of resistance to progression of the disease is emphasized.

The different factors which may cause variations of the endemy in various mountainous regions are discussed : ethnic factors, hereditary chromosomic peculiarities, the influence of climatic microelements, the agricultural economy, accessibility, proximity to towns and their hygiene, and the customs pertaining to prophylactic and therapeutic practices.

It is believed that the early burning of tuberculoid lesions, at least in the paucimacular forms without neural involvement, seems to have a certain beneficial effect.

RESUMEN

Aparece aquí un estudio comparado de las características endémicas de la lepra entre dos razas distintas, los montañeses y los vietnameses, del Vietnam Meridional. A base de la investigación de 8,979 montañeses, señálanse las características especiales de la lepra entre dicha población.

La alta endemicidad, que llega a 121 por 1,000 en algunas regiones, es un signo de mucha susceptibilidad a la infección. El porcentaje de casos lepromatosos, 7.4, es muy bajo y el alto porcentaje, 83.3, de casos tuberculoideos es un signo de elevada resistencia al avance de la enfermedad.

La tasa relativamente baja, 11.3 por ciento, en los niños, que cabe considerar como signo de alargamiento del período de incubación, la alta proporción de casos tuberculoideos espontáneamente involutivos (43 por ciento) y de puras formas cutáneas (77%) son también signos de alta resistencia.

Recálcase la constante variación inversa de susceptibilidad a la infección y de resistencia al avance de la enfermedad.

Se discuten los diversos factores que pueden ocasionar variaciones de la endemia en varias regiones montañosas: factores étnicos, peculiaridades cromosómicas hereditarias, el influjo de microelementos climatológicos, la economía agrícola, accesibilidad, proximidad a los centros urbanos y su higiene y las costumbres relativas a prácticas profilácticas y terapéuticas.

Parece que la quema temprana de las lesiones tuberculoideas, a lo menos en las formas paucimaculares sin invasión neural, ejerce aparentemente cierto efecto beneficioso.

REFERENCES

1. BROWNE, S. G. The clinical course of dimorphous macular leprosy. *Internat. J. Leprosy* **27** (1959) 103-109.
2. DESTOMBES, P. et CHONMARA, R. Salvé. *Rev. de l'Oeuvre de Secours aux Lépreux du Vietnam* (1953) 24-29.
3. DESTOMBES, P. La lèpre aux pays montagnards du Sud du Domaine de la Couronne au Vietnam. (Rapport de mission, 1953, mimeographed, 20 pp.)
4. HARTEP, P. La population des Pays Montagnards du Sud. 5è Rapport d'Activité, 1960 (mimeographed).
5. HARTEP, P. Quelques aperçus géographiques sur la maladie de Hansen. *Bull. Soc. Path. exot.* **53** (1960) 841-847.
6. LITALIEN, F. et NGUYEN-VAN-AI. Contribution du dispensaire antilépreux de l'Institut Pasteur de Saigon à la lutte contre le lèpre au Viet-Nam. *Tap-San Y-Hoc* (Bull. Syndicat Méd. Vietnam) (Special number) (1960) 13-28.
7. VILAIN. L'endémie lépreuse dans la province du Haut-Donnai. (Rapport, 1953, mimeographed, 23 pp.)
8. WADE, H. W. et LEDOWSKY, V. The leprosy epidemic at Nauru; a review with data on the status since 1937. *Internat. J. Leprosy* **20** (1952) 1-29.