

A propos du diagnostic de la lèpre.

La Chronaxie,

PAR

A. DUBOIS.

(Reçu pour publication le 15 septembre 1951.)

Les symptômes permettant d'assurer un diagnostic de certitude de lèpre sont en définitive peu nombreux.

La présence de bacilles acido-résistants dans la peau ou la muqueuse nasale, l'épaississement de filets nerveux ou de nerfs, l'anesthésie ou l'anidrose des éléments maculeux sont considérés comme pathognomoniques, permettant d'affirmer la nature des taches. C'est là en réalité le problème le plus fréquent en pratique.

Chacun connaît les limites de l'examen bactériologique, si aisé dans les cas L., si peu satisfaisant dans les cas N. ou T. La découverte dans des ulcères de bacilles acido-résistants nouveaux soulèvera parfois un point de diagnostic.

L'épaississement des filets nerveux cutanés, au voisinage des macules est singulièrement rare au Congo, l'épaississement des troncs nerveux est un phénomène tardif et dont l'intérêt pratique me paraît avoir été fort exagéré.

Il reste finalement l'anesthésie et l'anidrose, bref les méthodes qui démontrent l'existence de lésions des fibres nerveuses intracutanées.

Bien que l'anidrose m'ait en général paru plus fidèle que l'anesthésie, les deux procédés ont leur limite. On sait mal si l'anidrose ne se voit que dans la lèpre et d'autre part la recherche de l'anesthésie exige une collaboration sérieuse du patient.

La biopsie enfin — très utile — n'est pas non plus absolument

caractéristique dans les formes N. et peut être tout à fait banale (cas indéterminés — cas N. débutants ou quiescents).

Mon expérience personnelle de la radiographie est faible mais les quelques cas examinés paraissent indiquer le manque de sensibilité de cette méthode et c'est du reste assez compréhensible : les altérations osseuses secondaires à la névrite sont tardives.

Bref, en attendant quelque réaction sanguine spécifique ou un procédé de concentration des bacilles, le léprologue est toujours à la recherche de certitude diagnostique.

Je me suis demandé si l'étude de la chronaxie ne pourrait pas être une méthode utile. Grâce à l'efficace collaboration du Dr M. A. Radermecker (Institut Bunge) j'ai pu soumettre à cet examen les rares cas que j'avais en traitement et qui généralement parlant ne présentaient guère de difficulté diagnostique.

Il nous est apparu cependant que cette étude n'était, même en ces cas connus, nullement dépourvue d'intérêt et qu'elle comportait des conclusions diagnostiques, pathologiques et peut-être prognostiques.

On trouvera une relation assez détaillée de ces cas dans un travail en commun avec M. A. Radermecker (1). Résumons-les rapidement.

Il s'agit de :

1. — Lèpre remontant à 12 ans. Cas L. très amélioré au point de vue dermatologique et bactériologique mais faisant de la névrite (L'N. du Caire — Lp de la Havane).

2. — Lèpre remontant à 2 ans. Cas L2 très amélioré par les Sulfones. L'examen neurologique ne montre plus qu'une anesthésie au niveau d'une macule plane.

3. — Lèpre remontant à 3 ans. Cas T. paucibacillaire. Au moment de l'examen, le diagnostic pour un observateur non prévenu ne serait pas aisé. Il persiste seulement une macule hypoesthésique au pied (le patient s'estimant guéri a du reste quitté la Belgique).

4. — Cas L. floride remontant à 1 an. Les troubles nerveux se bornent à des anesthésies discrètes et localisées.

5. — Lèpre maculo-anesthésique remontant à 7 ans (Ns_s —

Na₁ du Caire — Tm₃ Tp₁ La Havane). Des macules et une surface d'un auriculaire sont anesthésiques. Bacilles rares.

Aucun de ces cas n'a, au cours de son histoire, présenté de bien sérieuses difficultés de diagnostic mais les cas 2 et 3 étaient, au moment de l'examen électrique, si améliorés que le diagnostic n'était plus très aisé.

Il est intéressant de constater que tous ces sujets présentent encore des signes importants à l'examen électrique.

Rien d'étonnant dans les cas 1 et même le cas 5; dans le premier cas les troubles polynévritiques sont évidents à l'examen le plus sommaire et dans le cas 5 les anesthésies et l'éruption attirent l'attention.

Mais il est d'un haut intérêt de constater des altérations électriques très nettes chez tous les malades, même ceux qui paraissent quasi guéris, de trouver ces signes dans des régions où l'examen clinique est négatif.

On en peut déduire la rapidité de l'invasion des filets nerveux, fait qui n'était du reste pas inconnu grâce aux recherches anatomiques et bactériologiques.

On est tenté et c'est le point qui intéresse davantage le léprologue — d'y voir une méthode de diagnostic et peut-être de pronostic dont l'utilité devra être précisée par l'examen de cas débutants.

Telle était une des conclusions de notre travail et je suis heureux de savoir que notre collègue Hemeryckx, léprologue provincial au Sankuru, ayant eu la même idée que moi, s'est préoccupé d'obtenir le matériel nécessaire à cette étude.

Récemment, j'ai eu l'occasion d'examiner un cas léger dont voici l'histoire :

Madame X., en congé après de nombreuses années de séjour au Congo (où du reste elle ne semble pas avoir été exposée bien spécialement à la contagion) est examinée par le Dr. Nicolay qui nous la confie. *Examen* : 43 ans — antécédents pathologiques : malaria (du reste des parasites sont présents et il y a une fébricule assez persistante). Etat général : assez bon — plutôt maigre. Les divers organes viscéraux ne montrant rien de bien notable.

Peau. Il existe depuis 2 ans une éruption très discrète mais qui a attiré l'attention de l'intéressée. A l'avant-bras gauche, il existe une tache à allure un peu atrophique et légèrement hypopigmentée, au genou gauche une tache

vague avec quelques éléments un peu surélevés. A la face externe et interne de la cheville et du pied droits, on trouve aussi des taches vagues et faisant à la face interne une sorte de semi-circination.

Système nerveux. Toutes ces taches sont hypo- ou anesthésiques aux attouchements légers; la piqûre ou la chaleur sont moins nettement perçues. Par contre, la pression dans la région ou des chocs donnent des sensations désagréables. Le palper des nerfs n'est pas révélateur. Il n'existe pas d'atrophie musculaire. La radiographie est négative (mains et pieds).

Bactérioscopie. Sept préparations prélevées à divers points de l'éruption sont négatives. Il n'y a pas de ganglion ponctionnable.

Devant la modicité des signes et la gravité du diagnostic, j'ai naturellement songé à la chronaxie et voici un extrait des constatations faites par M. A. Radermecker. Les chronaxies sont indiquées en sigma (la normale entre parenthèse).

Membres supérieurs.

4 ^{me} interosseux gauche	0.5	(0.25)
Abducteur petit doigt gauche	0.35	(0.25)
Court abducteur pouce gauche	0.35	(0.25)
Abducteur petit doigt droit	1	(0.25)
1 ^{er} lombrical gauche	0.75	(0.25)

Membres inférieurs.

Pédieux gauche	0.75	(0.25)
Court abducteur gros orteil gauche	1.5	(0.25)
Pédieux droit	0.9	(0.25)
Court abducteur gros orteil droit	1	(0.25)

La conclusion de M. A. Radermecker est : « Membres supérieurs : Les muscles du domaine cubital ont des chronaxies augmentées de même que les muscles distaux innervés par le médian; l'augmentation est plus marquée à droite; l'amplitude est normale, mais la contraction est ralentie pour certains muscles.

Aux membres inférieurs : il y a des augmentations de la chronaxie dans le domaine sciatique poplité externe, surtout aux muscles des pieds. La contraction est ralentie pour certains. L'excitation des troncs nerveux est normale partout.

Il s'agit donc certainement d'une polynévrite, dont la nature hansénienne n'est pas exclue. »

On voit que dans ce cas de diagnostic difficile l'examen électrique apporte une confirmation objective importante. Sans doute, comme le note M. A. Radermecker, un tel examen n'est pas à

même de préciser la cause de la névrite, mais associé au syndrome discret dermatologique, à l'anesthésie des macules, à l'anidrose (un test à la pilocarpine s'est montré nettement positif au coude) il permet de poser un diagnostic d'infection hansénienne et justifie un traitement aux sulfones.

Conclusion. — Je me garderai de tirer des conclusions fermes d'un si petit nombre de cas. Je pense cependant qu'il y a là une voie intéressante et que la recherche de la chronaxie rendra des services aux léprologues. Il existe actuellement des appareils peu encombrants, exigeant cependant un courant électrique de 110 V. ou 220 V.

Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Anvers.

Résumé. — L'auteur, s'appuyant sur quelques cas d'Européens atteints de lèpre, étudiés au point de vue électrique par M. A. Radermecker, montre l'intérêt de l'étude de la chronaxie dans le diagnostic et vraisemblablement le pronostic de la lèpre.

Samenvatting. — Steunend op enkele Europese lepragevallen door M. A. Radermecker onder electrisch opzicht bestudeerd, toont schrijver het belang aan van de studie der chronaxie in de diagnose en waarschijnlijk ook in de prognose van melaatsheid.

LITTERATURE.

1. — A. Dubois et M. A. Radermecker, Valeur de la chronaxie comme méthode de diagnostic précoce des formes nerveuses de la Lèpre. *Liber Jubilaris R. Bruynoghe. Revue Belge de Pathologie et Médecine Expérimentale* (15 références). A paraître.
-