

Le test à la pilocarpine dans le diagnostic des macules lépreuses

PAR

A. DUBOIS et J. DEGOTTE

Tout médecin qui a l'expérience de la recherche des lépreux, en milieu indigène, sait que le diagnostic des macules est parfois très difficile. En certains cas leur nombre, leur hypochromie, leur extension radiaire, l'association de symptômes névritiques assurent le diagnostic. Très typique est aussi l'aspect tuberculoïde, fréquent au Congo : taches cuivrées, hypopigmentées, surélevées soit en totalité, soit à la périphérie, ou bien composées de petites papules formant une surface granuleuse. Les taches des lépreux du type lépromateux, congestives, mal limitées, souvent rouges sont assez vite soupçonnés et l'examen bactériologique y est usuellement fortement positif en opposition avec les cas précédents.

Mais à côté de cela, il y a de nombreux cas où une macule plane, peu nette, parfois altérée par des scarifications et des caustiques indigènes laisse l'observateur hésitant; au surplus un élément tuberculoïde de petite dimension est aussi de diagnostic délicat. Beaucoup de léprologues expérimentés estiment du reste que le grave diagnostic de lèpre ne doit jamais être posé sur la simple constatation d'une macule s'il ne s'y ajoute un au moins des signes de certitude suivant :

1° Présence de bacilles dans la peau, le mucus nasal ou les ganglions;

2° Troubles de la sensibilité, soit dans la tache, soit dans une autre zone de la peau, en particulier aux extrémités;

3° Présence de troncs ou filets nerveux épaissis et douloureux à la pression.

Malheureusement ces signes qui ont une grande valeur lorsqu'ils sont positifs peuvent être absents chez des lépreux authentiques. Récemment Van Breuseghem (1) a attiré l'attention sur l'utilité pratique de la recherche de l'anidrose. Il utilise la méthode de Jürgensen et Milnor après sudation provoquée par l'exercice musculaire. Cette méthode lui a donné sur 111 cas de lèpre neurale 79 réponses positives, soit 71 p. c.

Degotte a appliqué cette méthode en recensement et donne par ailleurs ses résultats (2). Cela nous a donné l'idée de réutiliser le test, du reste ancien, à la pilocarpine en l'associant à l'application d'iode et d'amidon qui nous a paru faciliter la lecture des résultats. Sans affirmer que cette technique est essentiellement supérieure à celle proposée par Van Breuseghem, elle nous paraît avoir l'avantage de pouvoir être localisée aux endroits que l'on désire spécialement étudier et aux petites taches. Rien n'empêche du reste d'associer les deux méthodes en commençant, il va de soi, par la première, moins compliquée.

Technique: Injection intradermique d'une solution à 0.5 ou 1 p. c. de sel de pilocarpine à la fois dans la peau saine et dans la macule, autant que possible symétriquement ou aux environs de la tache. L'injection faite juste à la périphérie de la tache — en même temps en peau saine et peau malade — nous a paru peu avantageuse. Nous injectons ordinairement à chaque endroit 0.1 ou 0.2 c.c. selon qu'il s'agit de la solution forte ou faible. Plus rarement nous avons utilisé deux fois 0.2 de la solution forte. Cette dose nous paraît indispensable lorsqu'on désire examiner la sudation sans iode ni amidon et est du reste bien supportée (elle représente 4 mgr. de pilocarpine) mais donne cependant déjà parfois quelques phénomènes généraux (sudation, salivation).

L'injection étant faite nous attendons une à deux minutes et examinons à l'œil nu ou à la loupe, de façon à noter la différence de sécrétion. Si le résultat est concluant on peut en rester là; le plus souvent les deux endroits d'injection sont badigeonnés

de teinture d'iode qu'on laisse sécher et puis l'amidon est saupoudré discrètement. En peau saine ou macule négative on observe un bon nombre de points bleus noirs correspondant aux glandes en activité ou parfois même une tache noire continue; dans la macule en cas de réponse positive soit rien de noir (cas exceptionnel) soit des points bleus noirs assez rares. Nous avons noté les cas positifs par +, ++, +++, selon l'aspect; les cas douteux ont été réunis aux cas négatifs. Il faut éviter le plus possible le saignement du pertuis de l'aiguille qui trouble la lecture: utiliser des aiguilles fines, assécher la gouttelette de sang ou de solution avec un petit morceau de papier buvard effilé.

Résultats :

a) *Chez les lépreux*: nous avons examiné de cette façon 100 lépreux indubitables, mais appartenant au type neural; nous avons obtenu 79 résultats positifs (79 p. c.). Les lépreux à macules neurales simples ont donné environ 72 p. c. de résultats positifs contre 88 p. c. dans le type neural tuberculoïde; pour ce dernier cas les réponses fortement positives sont du reste plus fréquentes qu'en cas de macules planes;

b) *Chez les sujets suspects*: nous avons appliqué la méthode à des sujets non sûrement lépreux ou en tout cas à symptômes assez vagues pour exiger confirmation, également à des sujets très peu suspects (individus vus de façon forcément rapide au cours de recensements médicaux).

Il ne nous est pas possible pour l'instant de préciser la valeur individuelle des résultats positifs et négatifs; il faudra pour cela pouvoir observer pendant plusieurs années les sujets positifs et négatifs afin de suivre l'évolution des cas.

Nous pensons cependant pouvoir apporter une appréciation indirecte de la valeur de la méthode en procédant de la façon suivante: nous classons les sujets en: a) sujets très peu suspects de lèpre; b) sujets très suspects ou même cliniquement lépreux.

Il est évident que si la méthode a une valeur réelle il doit

exister une forte différence dans le pourcentage de ces deux séries. En fait sur 30 sujets très peu suspects il y a eu deux réactions positives (environ 7 p. c.). Sur 37 sujets nettement suspects de lèpre il y a eu 20 réactions positives soit au delà de 50 p. c. ; ces résultats, sur un chiffre peu élevé d'observations, sont conformes à l'hypothèse envisagée.

Discussion : Comme nous l'avons dit plus haut, nous ne prétendons pas que cette méthode soit grandement supérieure à celle de Jürgensen et Milnor qui a donné à Van Breuseghem des résultats analogues (71 p. c. positifs), mais elle nous paraît supérieure aux autres procédés tant cliniques que bactériologiques, que nous pouvons mettre en œuvre chez les maculeux.

Pour ce qui concerne la recherche des bacilles, elle n'a pas été faite en même temps chez nos sujets lépreux ; toutefois, nous savons, par une longue expérience antérieure que cette recherche est bien rarement fructueuse chez les lépreux du type neural. Selon Dubois (3) il y a environ 48 p. c. d'examens de macules faits à Pawa qui sont positifs, encore cette série ne comprend-elle pas uniquement des cas neuraux. Van Breuseghem et Madame Moules (4) citent un chiffre analogue : 45 p. c. Radna sans citer de chiffre (5), signale que la méthode d'incision cutanée, excellente pour les lépromes, a une valeur restreinte dans le cas de taches. C'est là du reste une opinion classique. Le mucus nasal a donné chez les neuro-maculeux 26 p. c. de résultats positifs à Van Breuseghem et Madame Moules (Loc-cit.).

Les ganglions inguinaux ont donné à ces mêmes auteurs des chiffres d'environ 20 à 30 p. c. Radna, récemment à Pawa, signale un chiffre analogue (6). Bref, par n'importe quelle méthode de travail courante, la recherche bactérioscopique est bien souvent négative. Encore dans les cas positifs s'agit-il souvent de bacilles très rares, isolés, trouvés après une longue recherche, donc dans des conditions qui ne satisfont pas pleinement l'observateur et prêtent à des erreurs (bacilles transportés par des instruments ou déposés accidentellement sur la peau ou encore bacilles acido-résistants non pathogènes, etc.).

Quant à la recherche de l'anesthésie elle nous apparaît comme extraordinairement décevante, au moins au niveau des macules. L'anesthésie superficielle recherchée selon la méthode de Rogers et Muir fournit des données très claires, à part le cas de distraction, de manque absolu d'intelligence ou de fraude facile à éviter. Elle est malheureusement très rare dans les macules de nos sujets; une expérience déjà ancienne nous l'avait appris, mais nous avons revérifié ce fait sur des lépreux avérés et chez 100 d'entre eux nous avons observé seulement 6 fois de l'anesthésie superficielle dans les macules (soit 6 p. c.). A dire vrai chez les sujets à nombreuses macules il n'est pas toujours possible de les examiner toutes, spécialement en pratique courante.

L'anesthésie superficielle est plus souvent constatée aux extrémités (anesthésie en gant ou chaussette) mais ordinairement il s'agit alors de cas neuraux relativement avancés et dont le diagnostic est de ce fait aisé.

L'analgésie paraît plus fréquente à noter dans les taches: nous l'avons observée 13 fois au cours de 88 examens (14 p. c.). Malheureusement cette méthode est plus incertaine; elle exige qu'on se fie aux déclarations du sujet. Assez souvent l'indigène comprend mal, répond au hasard et l'examen est douteux. Il arrive parfois que l'on note un vif mouvement en réponse à la piqûre en peau saine tandis qu'une piqûre semblable en peau malade ne suscite pas de réaction, mais il ne faut pas y compter régulièrement. Quant à l'examen de la sensibilité thermique il est plus difficile en pratique de brousse. Nous l'avons au cours de cette série d'examens pratiqué 43 fois et trouvé 8 fois positif (18 p. c.). Ici aussi il n'est pas toujours facile d'obtenir de l'indigène des réponses satisfaisantes, faute de compréhension et d'attention. Parfois encore un tube très chaud suscite en peau saine une réaction qui manque en peau normale mais ce n'est pas régulier.

Dans l'ensemble les résultats des examens de la sensibilité sont médiocres et il arrive que chez un sujet donné on note des différences d'un jour à l'autre.

Épaississement de filets et troncs nerveux. — On rencontre parfois, du moins, en certains pays (Indes Britanniques, par exemple), au voisinage de certaines macules (surtout tuberculoïdes) de petits filets nerveux très nettement épaissis. Ils en deviennent bien palpables alors que normalement de tels rameaux échappent au palper.

Ce type lésionnel — si caractéristique — nous est tout à fait inconnu ici et en particulier dans cette série de maculeux nous ne l'avons jamais rencontré.

Par contre la recherche de filets nerveux ou de troncs épaissis vers les extrémités nous paraît plus intéressante. On ne négligera jamais de palper les divers nerfs classiques (plexus cervical, cubital, sciatique externe, tibial, etc.). Nous a paru spécialement facile à palper la branche dorsale du nerf radial ou éventuellement du nerf cubital, lors de leur passage dans la main. Encore le cas n'est-il clair que s'il y a une dissymétrie marquée ou un épaississement très notable. Ce dernier cas se voit surtout dans des formes acrotériques de diagnostic évident.

Mécanisme. — Nos observations actuelles ne nous apportent aucun argument décisif en faveur soit de l'action directe de la pilocarpine sur les glandes soit de l'action sur des fibres nerveuses. Les formes tuberculoïdes, spécialement positives, sont caractérisées à la fois par l'intensité de l'infiltration qui peut léser la glande et des infiltrations de petits nerfs (peut-être plus rares dans notre région).

Le test à la pilocarpine ne nous a pas paru nécessairement lié à des troubles sensitifs nets.

Conclusion. — Des troubles de la sudation décelés par l'injection intradermique de pilocarpine nous apparaissent comme le plus constant des phénomènes observables dans les macules lépreuses, à côté de l'aspect clinique extérieur.

La valeur confirmative de ce symptôme nous apparaît comme très grande : il a été positif 79 fois sur 100 lépreux du type neural, spécialement dans la variété tuberculoïde.

Son utilité en brousse ne saurait être appréciée dès mainte-

nant, il faudra pour cela suivre l'évolution de l'état clinique et bactériologique chez des sujets suspects à test positif ou négatif.

Cependant notre premier essai en recensement nous paraît indiquer une utilité réelle et nous conseillons l'usage de ce procédé, du reste connu depuis longtemps, aux médecins coloniaux.

*Croix-Rouge du Congo,
Pawa.*

BIBLIOGRAPHIE.

1. R. Van Breuseghem. — Contribution à l'étude du diagnostic de la lèpre : les troubles de la sudation. *Ann. de la Soc. Belge de Méd. Tropicale*, 1937, n° 3.
 2. J. Degotte. — Les troubles de la sudation dans le diagnostic de la lèpre débutante : réaction de Jurgensen-Milnor. Voir les *Annales*, même numéro.
 3. A. Dubois. — La lèpre dans la région de Wamba-Pawa. *Mémoires Institut Royal Colonial*, Bruxelles, 1932, p. 30.
 4. Van Breuseghem et Mad. Moules. — Pratique de la coloration du bacille de Hansen dans les frottis. *Ann. Soc. Belge de Méd. Tropicale*, 1937, n° 1.
R. Van Breuseghem. — Contribution à l'étude du diagnostic de la lèpre : la ponction ganglionnaire. *Ibid.*, 1937, n° 3.
 5. R. Radna. — L'examen bactériologique dans le diagnostic de la lèpre. *Ibid.*, 1937, n° 4.
 6. R. Radna. — La ponction ganglionnaire des sujets sains en pays d'endémie lépreuse. Voir les *Annales*, même numéro.
-