

## LÈPRES INVISIBLES<sup>1</sup>

PROFESSEUR HENRI GOUGEROT  
de l'Hopital Saint-Louis de Paris  
Membre de l'Académie de Médecine



Depuis de longues années, il m'a été donné d'insister sur les dermatoses invisible, leur fréquence et leur intérêt doctrinal et pratique, dans de multiples dermatoses et la syphilis. J'ai présenté de nombreux malades, de cet ordre, à la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie de Paris, et j'en ai fait une synthèse dans une séance spéciale de Novembre 1940, je citais précisément des exemples de lèpre invisible et c'est sur ces faits que je désire attirer l'attention du Congrès.

L'association de ces deux mots, "dermatoses invisibles," est quelque peu paradoxale, puisque, par tradition, les dermatoses "se voient." Cependant, la plupart des dermatoses ont des formes invisibles, plus fréquentes qu'on le croyait, et de grande importance pratique et doctrinale. Habituellement, mais non toujours, ces formes invisibles sont des formes dégradées, atténuées, "minima" des formes habituelles visibles des dermatoses, et reliées à elles par des transitions insensibles.

Et aussitôt on nous posera la question: Comment reconnaître une lésion cutanée ou muqueuse dite "invisible"? Ces lésions invisible en lumière solaire, tantôt se révèlent par des symptômes subjectifs, prurit, neuralgies, etc., tantôt en dehors de tout signe subjectif, par des troubles objectifs de la sensibilité, par la lumière de Wood<sup>2</sup> ou la photographie des infra-rouges, par les leucodermies post-solaires ou consécutives aux irradiations d'ultra-violet, ou au contraire par des pigmentations, par une biopsie systématique, par les imprégnations colorées (bleu,

<sup>1</sup> Paper read at the Fifth International Leprosy Congress, held in Havana, April 3-11, 1948.

<sup>2</sup> Cette lumière, composée de rayons ultra-paraviolets à 3650 Å., a été bien étudiée en dermatologie par Margarot et Deveze (Société des Sciences médicales de Montpellier, 5 juin 1923, at *Ann. Dermat. et Syphil.*, juin 1929), par Jean Meyer et Saidmann (Société de Dermatologie, 12 novembre 1925, et *Jour. de Milian*, juin 1927), par Jausion, etc. Nous en avons, avec Giraudeau et Patte, fait une longue étude: Intérêt diagnostique, thérapeutique, pronostique et prophylactique des examens en lumière de Wood en dermatologie, Société de Dermatologie, 13 février 1938, n° 2, p. 345, et *Arch. Clin. Hop. Saint-Louis*, septembre 1938, n° 39.

éosine),<sup>3</sup> par des réactions biologiques (injections réactivantes de toxines (tuberculine, etc.), par la constatation des germes, par des cicatrices ou atrophies, etc.

C'est donc seulement en les recherchant systématiquement qu'on les découvrira. Tantôt le plus souvent ces lésions invisibles coïncident avec des lésions visibles en d'autres points du tégument, par exemple un eczémateux, un lichénien ont, sur le dos, côté à côté, des plaques d'eczéma ou de lichen classique et des zones de prurit sans lésions visibles, même à la loupe. Tantôt et plus rarement au moins en apparence (car ces formes invisibles apparaîtront sans doute plus fréquentes à mesure qu'on les recherchera systématiquement), la dermatose invisible est "pure," "isolée," sans association actuelle de lésion cutanée visible.

Souvent on a, entre ces deux séries de faits, des observations de transition: par exemple, un lichen invisible sur la peau, se traduisant uniquement par du prurit pendant des mois et des années, a du lichen visible sur la bouche facile à reconnaître.<sup>4</sup>

Ces formes invisibles de dermatoses ont des modalités multiples: Chez les uns, la dermatose visible a existé quelques mois, quelques années auparavant; par exemple tels de nos malades ont eu du psoriasis, de l'eczéma, du lichen, un ou deux ans auparavant. Chez les autres, la dermatose invisible commence: par exemple un lichen se traduit uniquement par du prurit "simple," c'est-à-dire, sans aucune lésion cutanée visible et restera invisible pendant 3 ans, 10 ans, et c'est seulement après ce long délai qu'apparaîtra le lichen cutané qui signe le diagnostic de lichen.<sup>5</sup>

Chez d'autres, la dermatose invisible a toujours été invisible jusqu'à présent, c'est-à-dire n'a jamais été précédée, ni associée, ni suivie de lésions visibles, par exemple: La démonstration

<sup>3</sup> La résorption des colorants par les lésions cutanées (avec Degos), *Arch. Clin. Hop. Saint-Louis*, juin 1937, n° 34, p. 187. Etude expérimentale du pouvoir de résorption de la peau (avec Albeauxfernet), *Ibid.* juin 1937, n° 34, p. 207; *Acta Dermato-vén.*, juillet 1937, t. 28, p. 424.

<sup>4</sup> Herpès sans vésicule, formes fruste atypiques de l'herpes. *Jour. Praticiens*, novembre 1924, p. 763. Prurit lichénien sans lichen cutané. *Société de Dermatologie*, 13 novembre 1924, et *Paris-méd.* 21 mars 1924, n° 268. Formes atypique nonpapuleuses du lichen plan; prurit lichénien sans éruption; formes érythémateuses et érythématosquameuses; glossodynie et névralgies muqueuses, sans lichen muqueux. *Jour. Praticiens*, 25 septembre et 2 octobre 1926, n° 8, p. 611. Les formes atypiques des dermatoses. *Jour. Méd. Chir. prat.* 10 février 1928, p. 8; *Société de Dermatologie*, février et mars 1939, n° 2 et 3, pp. 85 et 288.

<sup>5</sup> Prurit précédant de dix ans de lichen plan (avec Burnier). *Société de Dermatologie*, 13 mars 1930, n° 5, p. 352.

d'un lichen invisible caractérisé uniquement par du prurit sera donnée par la preuve thérapeutique: la guérison par le traitement du lichen. Un prurigo invisible sera prouvé par une leuco-mélanodermie, etc.<sup>6</sup> Un érythème syphilitique ne se révélera que par un vitiligo, etc.

Ces lésions invisibles correspondent soit à des lésions microscopiques (érythème prévitiligneus, etc.) révélées par une biopsie systématique, soit à une imprégnation toxique sans lésion histologique (prurigo), soit à un trouble biologique (pexie de substances toxiques dans un eczéma, dans un tuberculoïde, ou pexie de substances sensibilisantes de l'anaphylaxie (urticaire), etc.).

La lèpre ne fait pas exception. Il existe des lèpres invisibles, et j'ai proposé que, dans la classification des formes cutanées de la lèpre, soit ajouté ce chapitre des "lèpres invisibles."

Les moyens de dépister les lèpres invisibles sont multiples.

1. *Macules anesthésiques.*—Déjà, pendant mon internat, à l'Hôpital Saint-Louis, dans le service de Beurmann qui collectionnait les lèpres, en 1904-1906, l'examen systématique et patient de la sensibilité, chez des lépreux cutanés, porteurs, par ailleurs, de lèpre visible du type dit "lépromateux," m'avait montré l'existence de macules anesthésiques, sans lésions cutanées visibles à l'oeil nu. Ces macules arrondies de 10 à 30 millimètres, avaient les mêmes dimensions que les lésions visibles érythémateuses ou érythémato-pigmentées ou infiltrées, et c'est cette identité de forme et de dimension qui m'avait beaucoup frappé. Elles ne siégeaient pas sur la bande anesthésique d'un nerf. J'avais pensé qu'il s'agissait de formes dégradées, de léprides cutanées; aussi pour vérifier cette hypothèse, j'avais fait les biopsies et confirmé la présence de bacilles d'Hansen en globi, de même que dans les léproses visibles du même malade.

2. *Imprégnation par le bleu de méthylène intraveineux.*—On sait que la méthode thérapeutique de Montel, l'injection intraveineuse de 0 cm. 05 à 0 cm. 30 de bleu de méthylène imprègne électivement les lésions lépreuses riches en bacilles de Hansen, avec une telle constance et une si nette électivité qu'elle devient une méthode de diagnostic. Or, ces injections ne colorent pas seulement les lésions connues visibles, mais colorent des lésions invisibles<sup>7</sup> qu'une anesthésie maculeuse aurait pu déceler,

<sup>6</sup> *Arch. Clin. Saint-Louis*, décembre 1929, n° 4, p. 770 et mars 1931, n° 9, p. 141.

<sup>7</sup> Lésions lépreuses invisibles révélées par la fixation du bleu, cicatrices à tendance à inhumoides (avec Paul Blum). *Société de Dermatologie*, 9 juillet 1936, n° 7, p. 1459.

mais pas toujours, car l'anesthésie n'est pas constante pour les lépromes. Si l'on biopsie ces macules invisibles révélées par le bleu, on trouve les lésions classiques des lépromes riches en bacilles; ce sont donc vraiment des "lépromes invisibles."<sup>8, 9</sup>

Notre travail avec le Professeur Degos ne laisse aucun doute, car les globi assez nombreux dans ces lépromes invisibles avant le bleu, sont devenus visibles par l'impregnation bleue. Au contraire, les léprides pigmentaires et les lèpres tuberculoïdes, toutes pauvres en bacilles, ne fixent pas le bleu et restent non colorées.

3. *Leuco-mélanodermies solaires*.—Souvent les lépreux de race blanche nous affirment que des macules décules décolorées (leucodermies lépreuses), des macules pigmentées, des leuco-mélanodermies lépreuses n'ont pas été précédées de taches érythémateuses. On peut dire évidemment que ces malades n'ont pas "l'oeil médical" et peuvent laisser échapper une macule rose; c'est possible pour les premières lésions, mais ce n'est plus exact pour les lésions ultérieures chez des malades prévenus, attentifs et phobiques. Deux observations nous permettent de confirmer les affirmations des malades.

Une fillette a été présentée à la Société de Dermatologie le 17 juillet 1931,<sup>10</sup> ayant à la fois une roséole lépreuse en activité et une leucomélanodermie solaire post-lésionnelle. L'observation attentive de cette petite malade, aidée de la maman, a prouvé que les taches leucodermiques pouvaient apparaître en des points indemnes de macule rose visible.

Un homme que je suis et que j'avais prévenu, a eu, après des bains de soleil, du "vitiligo" hansénien des bras et de la face, sans macule rose, et pourtant il s'observe avec des yeux de phobique.

En résumé, ces faits démontrent l'évidence et l'intérêt pratique et doctrinal des dermatoses invisibles en général, et des lèpres invisibles en particulier. Ces lésions invisibles dénoncées soit par la recherche des macules anesthésique, soit par l'imprég-

<sup>8</sup> Histobactériologie des lépromes invisibles, révélé par le bleu de méthylène (avec Degos, histologie par Mlle. Eliascheff). Société de Dermatologie, 13 janvier 1938, p. 33; Congrès du Caire, mars 1938.

<sup>9</sup> Résorption du bleu des lépromes visibles et invisibles par l'injection locales d'histamien (avec Blum, histologie par Mlle. Eliascheff). Société de Dermatologie, 13 janvier 1938, p. 36; Congrès du Caire, mars 1938.

<sup>10</sup> Léprides achromiantes; leucomélanodermies post-lésionnelles après roséole lépreuse (avec Jean Meyer et Carteau). Société de Dermatologie, 9 juillet 1931, n° 7.

nation du bleu, soit par la leucomélanodermie solaire, révèlent des lésions qu'il importera de rechercher systématiquement, les unes débutantes, les autres persistantes et qui pourront demander des traitements locaux patients et répétés. Ces lésions invisibles sont donc importantes pour guider le traitement, indiquer sa poursuite ou sa cessation. Elles constituent un test de pronostic et de guérison.

Ces quelques exemples prouvent assez que les dermatoses invisibles ne sont pas des amusements de spécialistes. Un diagnostic exact, un pronostic certain, un traitement souvent efficace, une prophylaxie familiale et sociale heureuse sont la récompense fréquente de la recherche systématique des dermatoses invisibles.