

IMAGES RADIOLOGIQUES DE LÈPRE PULMONAIRE

DR. A. NÈGRE

Electro-Radiologiste des Hôpitaux Militaires

ET DR. R. FONTAN

Médecin-Capitaine des Troupes Coloniales

Assistant des Hôpitaux Coloniaux

Tahiti

Depuis 18 mois, nous avons effectué l'examen radiographique systématique des poumons de 110 lépreux au Sanatorium d'Orafara, Tahiti. Pour chacun de ceux-ci, nous avons répété cette investigation chaque fois qu'il nous a semblé utile de le faire; mais, de toutes façons, chaque malade a eu au moins deux clichés en un an. Nous passerons sous silence tous ces de tuberculose pulmonaire, évolutive ou fibreuse, bien confirmés; ils sont hélas très fréquents chez les lépromateux.

Nous en rapporterons seulement trois cas, qui nous paraissent difficiles à étiqueter, et pour lesquels nous nous demandons s'ils n'apporteraient pas la traduction radiologique de localisations lépreuses sur le poumon. Outre ces trois nous en avons quelques autres, moins probants, et nous préférons les taire pour l'instant; mais il est possible qu'ils puissent être également rattachés à la lèpre pulmonaire.

Cette localisation de la lèpre, sans association de lésions tuberculeuses, a été prouvée anatomo-pathologiquement, mais son image radiologique n'est pas encore connue (tout au moins d'après nos sources d'information).

Déjà Bonome, en 1888, avait montré à l'autopsie d'un malade l'existence de lésions pulmonaires revêtant le type de nodules péribronchiques et bronchopneumoniques, contenant des bacilles de Hansen, tandis que l'inoculation négative excluait toute participation tuberculeuse.

Quelques années après, en 1896, Doutrelepont et Wolters diagnostiquaient la lèpre pulmonaire chez un malade qui crachait de nombreux bacilles de Hansen; peu après, l'autopsie leur montrait des lésions caractérisées par la présence de nombreux îlots lobulaires essaimés sur des poumons oedémateux; aucune trace de participation tuberculeuse.

Babes, et plus récemment Eyckmans (1925), apportèrent des constatations analogues; Eyckmans pût même prendre une radiographie qui montra "une ombre radiologique prononcée au niveau de la région médiastine..."; la description radiologique est trop vague pour être prise en considération.

Résumant l'ensemble des travaux effectuées à ce jour (leur énumération complète n'est pas utile ici), il semble que l'on puisse admettre l'existence d'une lèpre pulmonaire, dont les formes anatomo-pathologiques seraient celles-ci: a) péribronchite et noyaux bronchopneumoniques; b) pneumonie caséuse diffuse (Babes); c) cavernes au sein de noyaux bronchopneumoniques (Fambri); d) forme miliaire (Wise); e) attenites

pleurales (Sugai, Reisner). Mais, encore une fois, pas de description radiologique, à notre connaissance du moins.

Certes, même si les circonstances n'ont pas encore permis de décrire une sémiologie radiologique des formes anatomo-pathologiques ci-dessus énumérées, il semble facile d'imaginer quelles perturbations montreront des infiltrations pneumoniques ou broncho-pneumoniques, sur un cliché; de même, des caséifications, des semis miliaires, des réactions pleurales, ne doivent pas donner d'images bien différentes de celles des autres affections similaires, non lépreuses.

Nous croyons que là ne se bornera pas cette sémiologie, car voici ce que nous avons trouvé:

OBSERVATION No. 1.—La malade Th. M., entrée le 30/4/54, présentait à ce moment de petits lépromes dans les oreilles, et une rhinite bacillifère; la présence du bacille de Hansen était positive dans le mucus nasal et à la biopsie des oreilles. La sédimentation était basse. Aucun signe d'infection tuberculeuse surajoutée.

Un cliché pulmonaire montrait, le 19/5/54, alors que la malade était encore en pleine poussée, deux petits nodules confluents, en sablier, revêtant l'aspect d'infiltrat du type Löffler, dans la région axillaire gauche (Fig. 1).

Depuis lors, la malade a été très régulièrement traitée; la rhinite s'est asséchée, l'état général s'est amélioré, et la recherche du bacille de Hansen est devenue négative dans le mucus nasal et à la biopsie. La sédimentation est remontée à un taux satisfaisant. L'examen radiologique du 17/6/55 montrait un retour à une image normale (Fig. 2).

On note qu'en cours d'observation les hémogrammes successifs, étagés de Mai 1954 à Mai 1955, avaient indiqué une éosinophilie dont les chiffres étaient passés par 6-5-20-10.

OBSERVATION No. 2.—Le malade K., est entré le 19/1/40. Le 20/5/54 ce patient, qui faisait une très forte poussée depuis Février, présentait un facies léonin et une rhinite bacillifère: bacille de Hansen positif dans le mucus nasal. La sédimentation était à 125 et 100. Pas de signe de tuberculose, actuelle ni ancienne.

La radiographie pulmonaire montrait, le 25/5/54, deux taches de moyenne densité, assez bien circonscrites, du type infiltrat, à la partie moyenne du champ gauche (Fig. 3). Les régions sus et sous-hilaire du même côté étaient à surveiller.

Traitement sulfoné habituel. Les divers examens effectués depuis lors ont montré une amélioration constante, la négativation rapide de la recherche du bacille de Hansen, et l'ascension régulière de la courbe de sédimentation. La radiographie du 17/5/55 indiquait un retour à une image normale (Fig. 4).

L'éosinophilie, de Mai 1954 à Juin 1955, avait évolué de 7 à 14, avec présence d'*Histolytica* dans les selles.

OBSERVATION No. 3.—Le malade T., est entré le 10/12/47. En Février 1954, il avait présenté une forte poussée ayant nécessité des transfusions, avec bacille de Hansen positif dans le mucus nasal et sédimentation très basse. On ne décelait aucun signe de lésion tuberculeuse.

L'examen radiographique du 15/2/54 montrait une image contonnoise, discrète, ressemblant à un infiltrat, dans la région axillaire droite (Fig. 5).

Une nouvelle poussée, avec signes ophtalmiques (Dr. Verne), survenait en Novembre 1954 malgré un traitement sulfoné bien suivi. Toutefois, par la suite, tous les symptômes s'amendaient. La radiographie du 18/6/55 montrait un retour à une image normale (Fig. 6).

Pendant tout ce temps, l'éosinophilie était restée inférieure à 7; dans les selles, *Histolytica* et *Coli*.

Les observations que nous venons de résumer montrent que ces trois hanséniens ont présenté des infiltrats, survenus au cours d'une poussée, et disparus un an après.

Ces malades ne présentaient aucun signe, clinique ou autre, de tuberculose. Leur éosinophilie, qui n'a jamais été parallèle aux signes radiologiques, est restée d'ailleurs trop basse pour faire penser au syndrome de Löffler. Il ne s'agissait pas non plus de ces infiltrats labiles de certaines pneumonocccies (type Ameuille) qui s'accompagnent d'un fébricule. L'hypothèse d'infiltrats syphilitiques labiles n'était pas non plus à envisager.

S'agissait-il de réactions locales du type allergique? Ou bien du type congestif fugace et provoqué par l'imprégnation tuberculeuse qui accompagne si souvent la maladie de Hansen?

Nous avons trouvé curieux que des lépreux en poussée fissent des infiltrats d'origine indéterminée, qui disparaissaient après la stabilisation des poussées. Ces dernières sont les manifestations tégumentaires d'une maladie générale, la maladie de Hansen, et il est permis de se demander si ces infiltrats ne sont pas la traduction radiologique de la manifestation pulmonaire.

Le radiologiste n'enregistre que des images faites de blanc et de noir; il ne peut extrapoler que lorsque une série assez importante de cas, confirmés par la clinique et le laboratoire, concorde avec une série d'aspects radiologiques identiques. Alors, partant du "clair-obscur" de ses clichés, il peut se hasarder, suivant son expérience et son flair radio-clinique, à émettre une opinion étiologique, pathogénique ou pronostique. Quitte à se tromper.

En rédigeant ces quelques lignes, nous voudrions attirer l'attention des léprologues et celle des radiologistes qui ont l'occasion d'examiner des lépreux. Nous pensons qu'il serait utile qu'ils fassent, à l'avenir, l'examen radiologique systématique de tous les poumons de hanséniens, et qu'ils répètent cet examen, pour chacun d'entr'eux, lorsque ceux-ci font des poussées lépreuses. Si ces investigations apportent de nouveaux cas analogues aux nôtres, peut-être sera-t-il alors possible de se livrer à cette extrapolation et sera-t-il permis de conclure à l'existence radiologique de lèpre pulmonaire, au moment des poussées.

(Travail de l'Institut de Recherches Médicales de l'Océanie française.)

ABSTRACT

Among 110 patients who had been subjected routinely to radiography of the lungs, the examination being repeated within a year when not more frequently, there were 3 with shadows not ascribable to tuberculosis which the authors believe were probably due to leprosy. Citations are given of observations of leprosy lesions of the lungs, but no description of radiologic observations of such lesions is known.

The findings reported were associated with lepra reactions. In Case 1 the patient was still in full reaction when the plate showing suspicious lesions was made. In Case 2 there had been a strong reaction since February; the plate was made in May. In Case 3 the reaction was so strong as to necessitate transfusions;

the plate was made the same month. In all instances the fields were clear when follow-up plates were made a year or so later.

The possibility that these lesions may have been local reactions of allergic nature is considered. Patients in reaction have cutaneous infiltrates of undetermined origin which disappear after the reaction subsides, and it is suggested that the images described may be radiological evidence of pulmonary manifestations of the same kind. The suggestion is offered that radiological examinations be made of all patients in institutions where that can be done, and that the examinations be repeated whenever the patients are in reaction.

LEGENDE

PLANCHE 4

FIG. 1. Cas N° 1 en état de réaction. On note deux petits nodules confluents de type Loeffler.

FIG. 2. La même région, maintenant claire, vue un an plus tard.

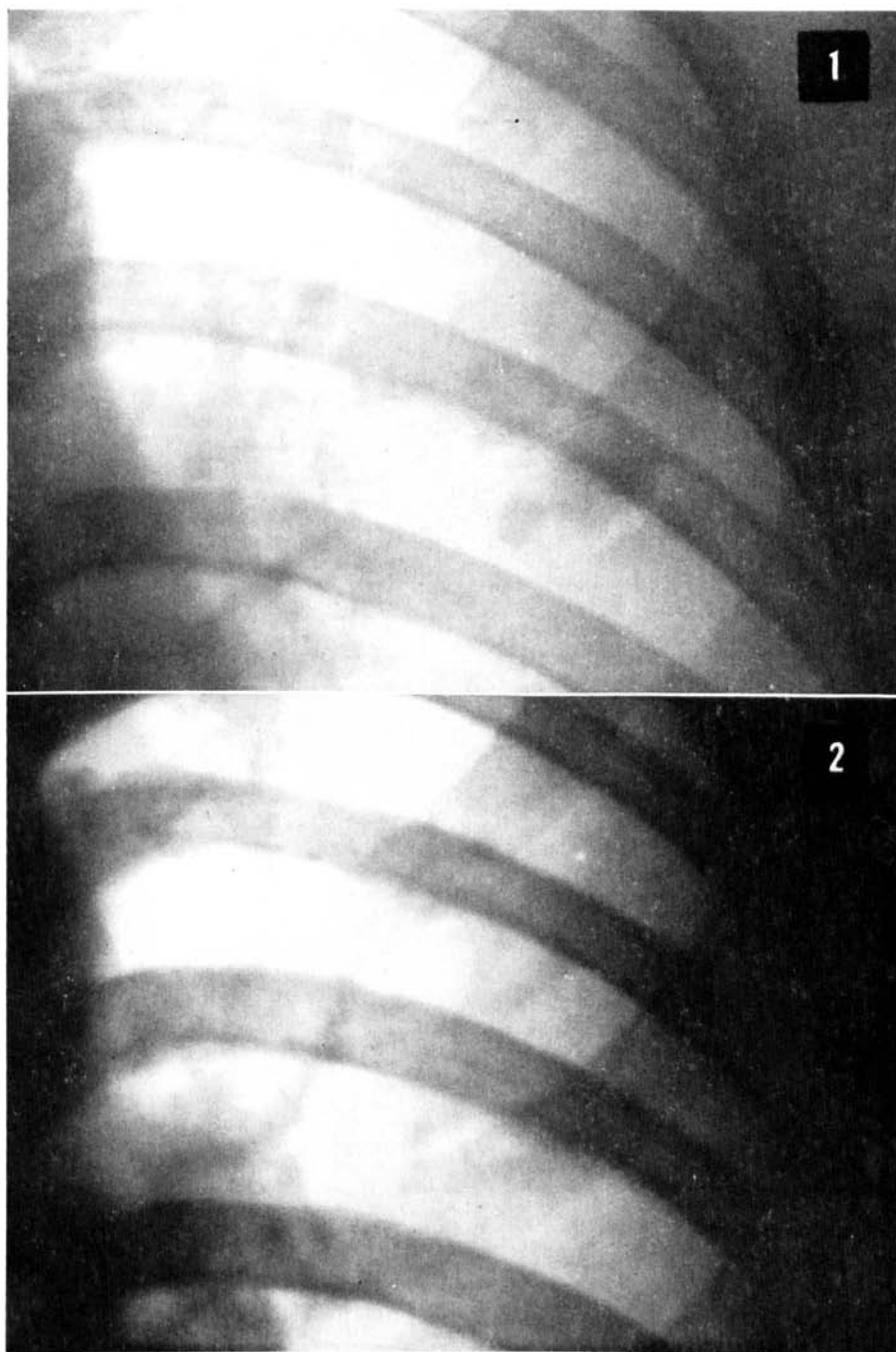


PLATE 4

PLANCHE 5

FIG. 3. Cas N° 2 au cours d'une réaction ayant débuté 3 mois auparavant. On note deux taches de type infiltrat de densité moyenne.

FIG. 4. La même région d'apparence normale une année plus tard, après amélioration du malade par le traitement sulfoné.

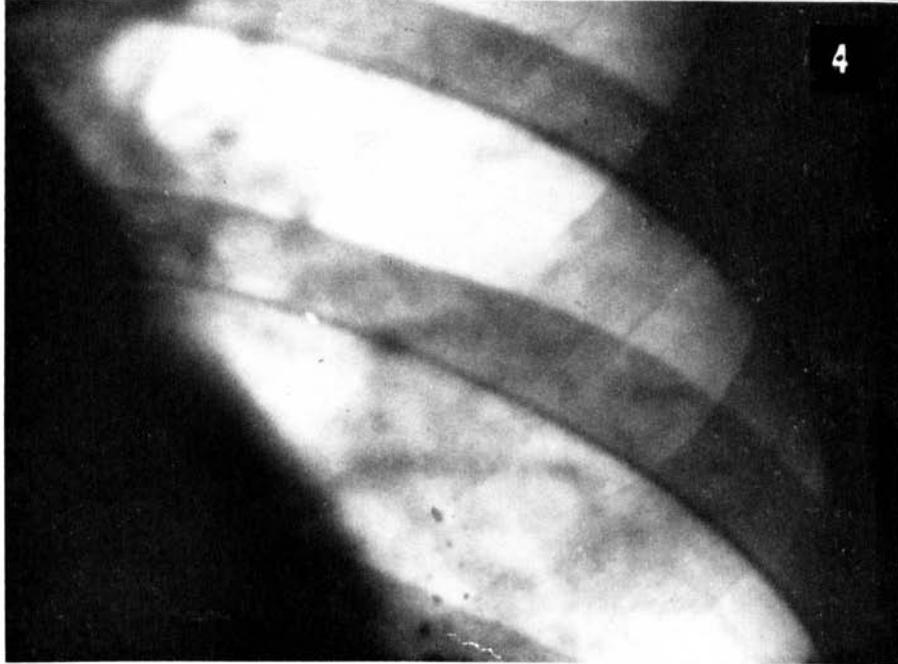
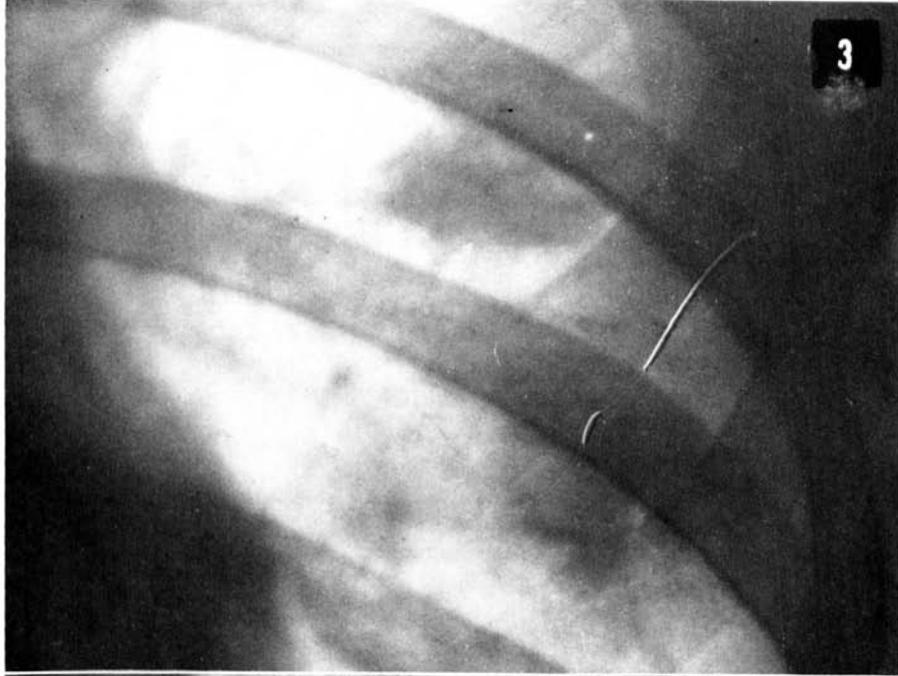


PLATE 5

PLANCHE 6

FIG. 5. Cas N° 3 au cours d'une réaction ayant nécessité des transfusions. On note une image cotonneuse ressemblant à un infiltrat.

FIG. 6. La même région, entièrement normale, l'année suivante.

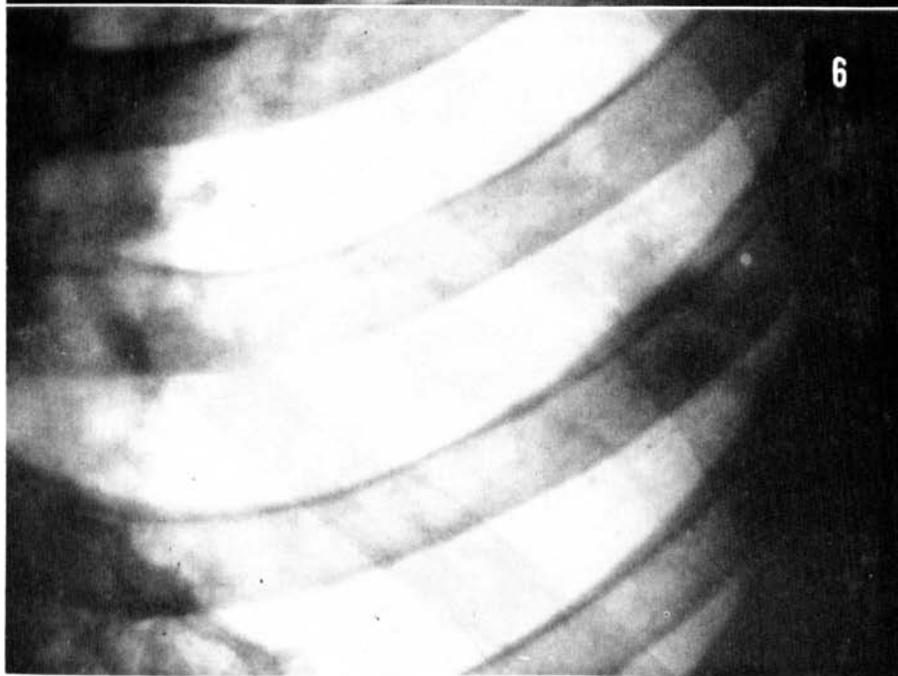
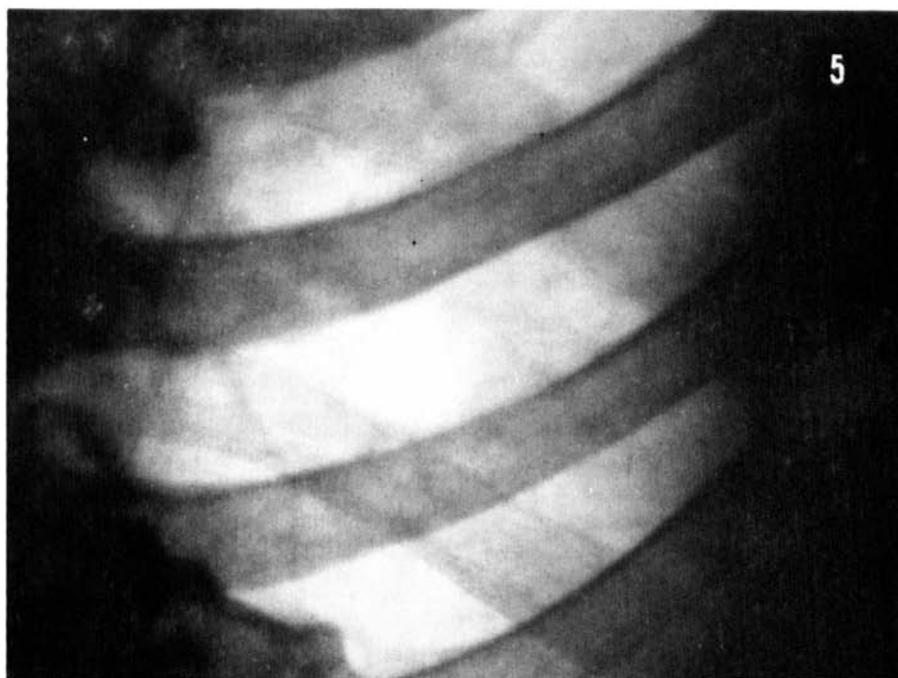


PLATE 6