

Dr. Reinaldo Quagliato

BIBLIOTECA

INTERNATIONAL JOURNAL OF LEPROSY

VOL. 2

JANUARY-MARCH, 1934

No. 1

ORIGINAL ARTICLES

UN CAS D'INOCULATION ACCIDENTELLE DU BACILLE DE HANSEN EN PAYS NON LEPREUX

PAR E. MARCHOUX

Professeur à l'Institut Pasteur

Ce n'est pas une observation, c'est le récit d'un drame que nous allons rapporter. Si, faisant violence au sentiment de discrétion que la situation nous inspire, nous croyons devoir en donner la narration, nous le faisons pour l'enseignement de ceux qui approchent les lépreux et pour essayer d'éviter que pareil accident ne se reproduise.

Le 12 décembre, 1922, M. le professeur Jeanselme nous autorise à prélever, pour expériences, un léprôme sur une des malades de son service (à Paris), qui consent à se soumettre à cette petite intervention. La patiente, originaire de la Martinique, est atteinte de lépre tubéreuse. On procède à l'excision d'un nodule de l'avant bras. L'opération est faite au bistouri en encerclant la tumeur de deux incisions qui se rejoignent en haut et en bas, puis dissection qui détache celle-ci du tissu conjonctif sous dermique sur lequel elle repose. On procède ensuite à la réunion des deux lèvres de la plaie par quelques points de suture à la soie. A cet effet, l'opérateur utilise l'unique aiguille de Reverdin, malheureusement très usagée, qui existe dans le service. La vétusté de l'instrument exige, pour lui permettre de traverser le derme, le déploiement d'un effort excessif. Puis, dès que la partie lancéolée de l'aiguille eut franchi l'obstacle, la résistance cessant brusquement, la pointe se trouva projetée en avant. Elle rencontra un doigt de l'aide qui, avec deux pinces, maintenait en

contact les deux lèvres de la plaie. Ce jeune homme, élève du service, fut légèrement blessé à la face externe de l'articulation phalango-phalangienne du médius droit. Il en fut vivement impressionné et abandonna son poste pour se soumettre à des soins. Ces soins ont consisté à presser les bords de la piqûre pour en faire sortir quelques gouttes de sang, à injecter un peu de teinture d'iode dans le trajet, d'ailleurs tout superficiel, et finalement pour plus de sécurité à brûler la zone infectée avec une pointe de thermo-cautère.

L'accident ne nous avait inspiré aucune inquiétude en raison des nombreuses inoculations infructueuses qui ont été faites par Danielsen, Profeta, Bargilli et d'autres expérimentateurs. Nous-mêmes, une dizaine d'années auparavant, avons été victime d'un autre accident qui, apparemment, présentait beaucoup plus de gravité. Un jour que nous prélevions, avec un tube de verre effilé, un peu de pulpe dans un léprôme très riche en bacilles de Hansen, le malade eut un mouvement brusque qui fit sortir la pointe de verre et la ramena sur notre éminence thénard gauche où elle pénétra en se brisant. Avec une pince, nous avons tout de suite retiré le débris de verre rempli de pulpe, fait sourdre par pression autant de sang que possible pour laver la plaie d'arrière en avant et avec un autre tube effilé nous avons introduit dans le trajet, du liquide de Lugol. Cette blessure n'a donné lieu à aucune suite fâcheuse.

Le 6 Mars, 1932, nous nous rencontrons avec ce jeune homme qui était devenu un médecin distingué. Il nous rappelle l'accident et nous raconte qu'il y a deux ans, un onyxis suppuré, auquel il n'a pas attaché d'autre importance, lui a fait perdre à l'index et au médius les ongles, qui ne sont plus représentés que par des moignons. Ce qui le préoccupe, c'est qu'il y a 6 mois, il a fortuitement constaté, en se brûlant avec sa cigarette sans s'en apercevoir, une insensibilité complète à la chaleur de ces deux doigts. Comme cette insensibilité persiste, il est allé, il y a quelques jours, consulter à ce sujet un de ses collègues qui, en plaisantant parce qu'il ignorait la contamination antérieure, lui dit qu'il ne pouvait rattacher cette insensibilité qu'à une influence Hansenienne. Depuis ce moment, un souci violent et permanent s'est emparé de lui et l'a poussé ce soir à venir nous consulter.

A l'examen, l'index et le médius ne présentent d'autre déformation que celle des ongles. La face interne du pouce, tout l'index et la face externe du médius sont insensibles à la piqûre, au froid et à la chaleur. Entre le pouce et l'index, dans l'espace interdigital et se prolongeant à la face postérieure de la main, on aperçoit sous

certaines incidences et plus distincte à la lumière artificielle, une tache un peu violacée qui est limitée par un bord plus rose à convexité supérieure. Nous cherchons non sans restriction mentale à tranquilliser notre confrère, et lui affirmons que seule une biopsie permet d'affirmer le diagnostic.

Le lendemain, 7 Mars, il était au laboratoire pour se soumettre à cette biopsie. Celle-ci est faite aux ciseaux et un lambeau est enlevé à la limite supérieure de la tache interdigitale qui, à la lumière du jour, est vraiment difficile à distinguer. La moitié du fragment est écrasé fortement sur une lame, l'autre moitié fixée dans la liqueur de Bouin-Dubosq.

Le frottis, immédiatement coloré au Ziehl-Neelsen, est examiné et ce n'est pas sans stupeur que nous y constatons la présence d'un grand nombre de bacilles acido-résistants. Le malade, très agité, nous assaille de questions sur ce que le microscope nous permet de voir. Nous y répondons du mieux que nous pouvons pour essayer de le calmer. Mais à peine laissons nous le siège qu'il se précipite à son tour et s'écrie d'une voix angoissée qu'il voit des bacilles acido-résistants. Son état mental est tel que nous croyons devoir exagérer pour lui montrer une parfaite tranquillité et le persuader qu'il s'agit d'un germe banal fréquemment rencontré sur la peau.

Seules, lui affirmons-nous, les coupes nous renseigneront. Celles-ci comme on peut s'en rendre compte, sont aussi démonstratives que possible, (Figs. 1 et 2). Le diagnostic, confirmé par le docteur Wade, ne laisse pas place au doute. Le professeur Jeanselme et le docteur Alajouanine s'inclinent comme nous devant les faits.

Cependant, il fallait prendre une résolution. Non point que l'entourage de notre confrère courut aucun risque, la lésion très discrète et limitée au voisinage du point d'inoculation sans retentissement vers le cubital ou les ganglions susépitrochléen et axillaires, ne pouvait permettre l'émission d'aucun germe pathogène. Il était à tout le moins indispensable, sinon d'avertir le malade qui, très nerveux et d'une sensibilité très aigüe, pouvait accueillir par un suicide un avis nettement formulé, tout au moins d'obtenir de lui qu'il se soigne. Tout nous permettait de supposer que, la lésion étant limitée et d'extension récente, elle pouvait recéder devant une médication active.

Tous nos efforts sont demeurés infructueux. Nous avons seulement obtenu de notre confrère qu'il abandonne un régime de famine, adopté par lui depuis plus d'un an, pour combattre une tendance à

l'obésité. Il se soumit, de lui-même, à des applications de rayons X qui, d'après nos constatations anatomo-pathologiques antérieures, ne semblent pas dénuées d'activité; le rayonnement auquel avait été soumis un lépreux avait permis de constater par biopsie la presque totale disparition des bacilles dans la région irradiée et la transformation de ces microorganismes en un pigment jaune brun. Quelques jours après avoir subi un petit nombre d'applications, notre confrère nous signala que la sensibilité revenait dans ses doigts malades, mais en réalité nous fûmes tous convaincus qu'il tenait à écarter un diagnostic trop effrayant et qu'il comptait pour se guérir sur la nature, sur une bonne hygiène et sur un régime alimentaire remené à la normale.

Malheureusement, il fut plus tard atteint d'une septicémie à staphylocoques, causée par une hydronéphrose congénitale méconnue et suppurée. Il est mort quelques semaines après le début de sa maladie et c'est parce que nous ne risquons plus de l'inquiéter que nous nous décidons à publier cette observation unique par les conditions de certitude qui l'accompagnent.

CONCLUSIONS

1. Aussi rare qu'elle soit, l'infection accidentelle de l'homme est possible à la suite d'une blessure infectante qui nous paraît présenter d'autant plus de chances de fertilité qu'elle siège dans le derme.

2. Elle évolue lentement et ne commence à se manifester par des accidents perceptibles que huit ou dix ans plus tard.

3. Elle est sans doute favorisée par un état de moindre résistance entretenu par des restrictions alimentaires et due surtout à des troubles ignorés et profonds qui diminuent la vitalité des tissus.

SUMMARY

In December, 1922, the author removed for study a leprotic nodule from the arm of a patient of Professor Jeanselme, in Paris. The needle used in closing the wound was dull, and when forced through the skin it pricked an assistant. The wound was slight and superficial, on the external surface of the right middle finger. The puncture was pressed to force a few drops of blood from it, a little tincture of iodine was forced into it, and finally it was burned with a thermo-cautery.

Nothing further was thought of the matter, especially in view of negative experiments in the literature, and of a more serious ac-

eident which the author himself had had long before and which is described. Nevertheless, in March, 1932, the injured person, now a distinguished physician, reported that two years previously he had had a suppurative onyxitis with loss of the nails of the medial and index fingers; these when seen were vestigial. Six months previously (i. e., eighteen months after the onyxitis), he noticed that a cigarette burn was painless; this insensitivity to heat affected both fingers mentioned.

On examination the inner surface of the thumb, all of the index, and the external surface of the median were insensitive to pinprick and to heat and cold. Between the index and the thumb, and extending onto the back of the hand, was an area that was slightly violaceous and limited by a more reddish border. This area was best made out at a certain angle and in artificial light; by daylight it could be distinguished with difficulty. A small piece was removed and a smear made. This showed a large number of acid-fast bacilli. Sections confirmed the diagnosis of leprosy.

The patient was persuaded to discontinue the regime of insufficient diet which he had adapted a year previously to combat a tendency to obesity, and he had x-rays applied to the hand. Shortly afterward he died of a staphylococcic septicemia arising from a suppurating congenital hydronephrosis.

Conclusions.—Rare though it is, accidental infection of man following an infecting injury is possible. In the case reported this seems to have had the greatest chance of infecting since it was in the dermis. The infection evolved slowly and only commenced to manifest itself by disturbances of sensory perception eight or ten years later. It was doubtless favored by a state of lowered resistance cause by a restricted diet, and especially by the condition which shortly afterward caused the death of the patient.

DESCRIPTION OF PLATE

FIG. 1. A papilla with bacilli more or less isolated, both within wandering cells and in the connective tissue.

FIG. 2. Cells of mesodermic origin containing bacillary globi. (Note a single bacillus in a cell of the epidermis, upper left.)

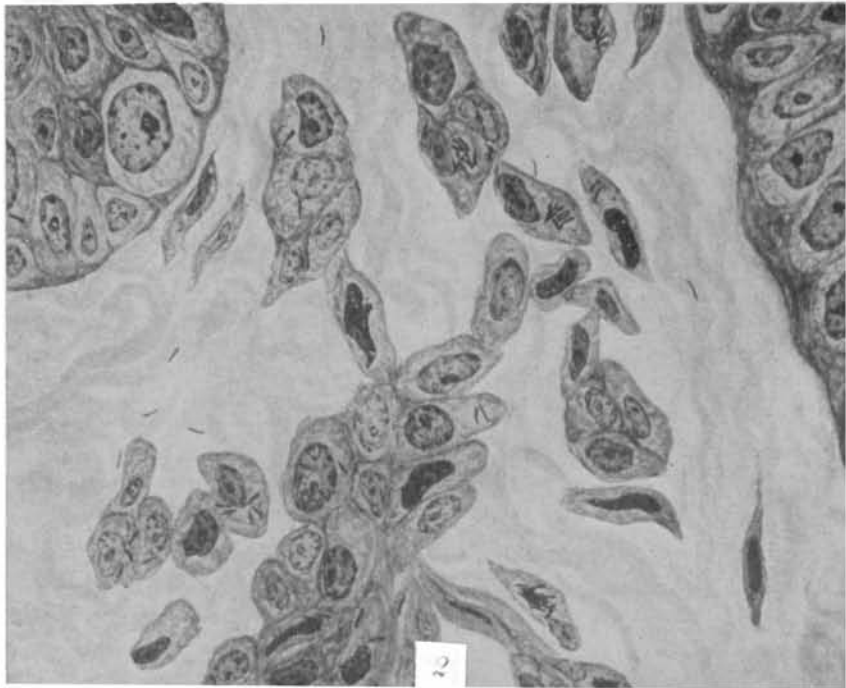
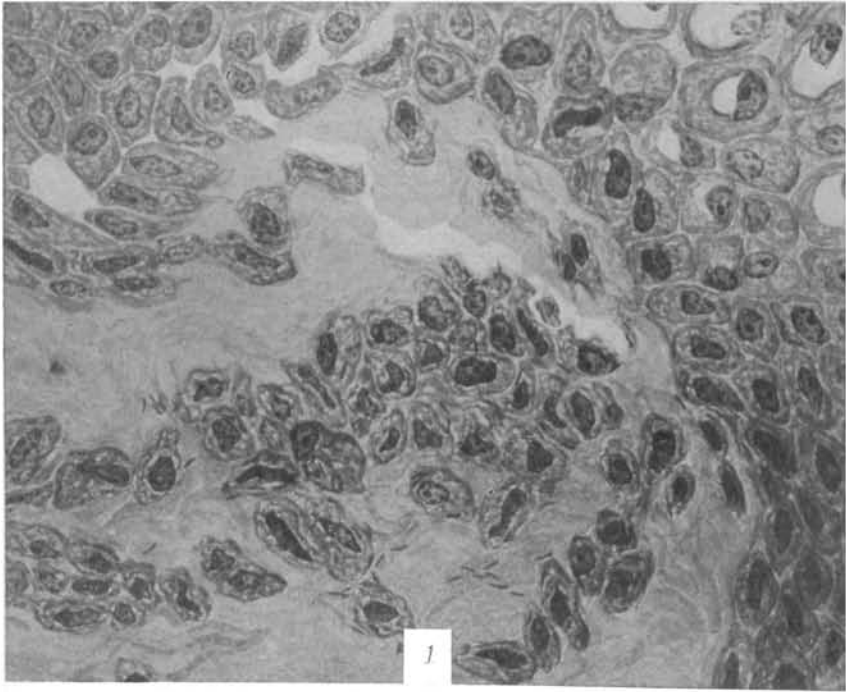


PLATE 1.