

mentionne dans 15 0/0 des cas avec ictères et 8 0/0 des cas anictériques.

C'est un exanthème peu étendu et peu intense, d'aspect morbiliforme ou scarlatiniforme, apparaissant au 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour de la maladie et ayant tous les caractères d'un rash fugace, souvent il a tendance à prendre un aspect pétéchiol.

Ces 3 observations ont donc l'intérêt de rapporter un aspect clinique peu fréquent des leptospiroses. Il est bien évident que nous avons pensé au leptospire parce que nous étions au Vietnam et que, comme nous l'avons déjà affirmé avec CHAMBON, nous considérons le sérodiagnostic de MARTIN et PETTIT comme un examen de routine. Et, il a fallu l'histoire qu'une mère de famille plus soucieuse de la santé de son enfant que de la sienne, néglige repos et médicaments, installe ainsi seule et rapidement ses défenses organiques normales pour qu'on puisse rattacher l'épidémie familiale à un cadre clinique déterminé.

Devant le malade hospitalisé, nous avons pensé à une rubéole, à une mononucléose infectieuse, mais nous sommes bien obligés de rattacher l'affection du mari et de l'enfant à celle de la mère étant donné le contexte clinique et l'enquête épidémiologique.

Nous avons donc vu trois cas de leptospirose canicolaire à forme adéno-cutanée et les cas n'en sont pas si fréquents que cela ne mérite pas d'être au moins signalé.

Saigon.

#### A PROPOS DE DEUX CAS DE LEISHMANIOSE GANGLIONNAIRE OBSERVÉS EN ALGÉRIE

Par J. BERTEIN, J. BERTHARION et J. C. PETITHORY (\*)

Le kala-azar a la réputation d'être une affection à symptomatologie accusée. Fièvre, hépatosplénomégalie, contexte biologique, tous ces signes font rechercher une confirmation parasitologique obtenue dans plus de la moitié des cas. Il semble que le malade rentre rapidement et résolument dans un cadre d'infestation généralisée du système réticulaire.

Cependant, nous avons observé, chez deux militaires du contingent servant en A. F. N., des formes qui paraissent s'écarter du schéma habituel :

(\*) Séance du 11 mai 1960.

**OBSERVATION I.** — COURV..., 22 ans, sous-officier dans un régiment de hussards est hospitalisé le 9-12-1959 pour des adénopathies inguinales bilatérales. Un mois auparavant, au décours d'un épisode fébrile à clochers, avec frissons et sueurs, apparaît une douleur inguinale gauche en rapport avec une hypertrophie ganglionnaire. L'extension des adénopathies motive l'hospitalisation.

A l'examen l'état général est bon et l'apyrexie constante. Les conditions de vie opérationnelle expliquent une asthénie modérée.

Dans les deux régions inguinales, il existe 3 à 4 ganglions gros comme des pois chiches dont l'aspect est discrètement inflammatoire. Ces ganglions ne roulent pas, ils sont reliés entre eux par une périadénite. Leur consistance est élastique, leur palpation un peu douloureuse. Des adénopathies isolées, d'allure plus banale, sont découvertes dans les territoires axillaires et sus-claviculaires. Le bord inférieur de la rate est palpable à l'inspiration forcée. Le foie est dans ses limites.

Le reste de l'examen est négatif. En particulier, on ne relève aucun signe bucco-pharyngé, pas de troubles hémorragiques. Les téguments sont indemnes de toute dermatose en évolution, de toute cicatrice d'élément récent.

La numération formule donne les résultats suivants : G. R. = 4.500.000, G. B. = 10.900 (P. N. 56, P. E. 4, L. 27, M. 13). La vitesse de sédimentation globulaire reste basse à 3 examens successifs : 3/8, 4/8, 5/9. Les épreuves sérologiques hépatiques sont négatives (MacLagan, Hanger, Gros) de même que les réactions de Paul et Bunnell. L'électrophorèse objective une hypergammaglobulinémie isolée à 30,6 0/0 avec une diminution corrélative du taux des albumines (39,2 0/0).

Un adénogramme pratiqué le 15-12-1959 par ponction d'un ganglion inguinal gauche donne lieu à l'interprétation que voici : « Rajeunissement global du ganglion. 10 à 15 0/0 de lymphoblastes. 8 à 10 0/0 de cellules histioréticulocytaires. Rares mitoses. Présence de quelques leishmanies groupées en amas de 20 à 30 éléments à l'intérieur de grosses cellules histioréticulocytaires ».

Des examens biologiques plus orientés n'apprennent rien de nouveau : les réactions de formol-gélification et de Brahmachari sont négatives. Il n'est pas vu de corps de Leishman à l'examen du médullogramme.

Un interrogatoire plus poussé nous apprend que le malade a séjourné durant l'été 1959 dans la région de Palestro en Kabylie.

Appartenant à une classe libérable, le sujet est rapatrié sanitaire le 30-12-1959 avec le diagnostic de kala-azar à forme ganglionnaire. Il ne nous a pas été possible d'avoir de ses nouvelles depuis son retour en France.

**OBSERVATION II.** — BECK..., 22 ans, admis le 17-12-1959 pour une diarrhée aiguë est de la même unité que COURV... Pour cette raison, après avoir fait la part d'une lambliaose intestinale responsable du syndrome digestif, l'attention est attirée sur une polyadénopathie d'allure assez banale, découverte lors de l'examen général. Il existe dans l'aîne gauche une pléiade ganglionnaire dont l'apparition remonterait à 1 mois. Des ganglions de plus petite taille, et en plus petit nombre sont relevés dans la région inguinale droite et dans les aisselles. L'aspect de ces divers ganglions n'est pas inflammatoire. Leur palpation est indolore.

Par ailleurs, l'état général est conservé. Le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés. Il n'existe aucune anomalie des téguments.

Les examens complémentaires donnent les résultats suivants : Hémogramme : G. R. = 4.100.000, G. B. = 10.800 (P. N. 73, L. 15, M. 12).

Sérologie hépatique et réaction de Paul et Bunnell négatives. Formol gélification = 0.

La ponction du plus gros des ganglions inguinaux révèle de rares aspects de corps de Leishman intracellulaires. Par contre, l'examen du médullo-gramme est négatif.

L'électrophorèse montre une légère augmentation des gamma-globulines à 23,5 0/0. Deux examens sédiométriques sont normaux : 11/30, 8/25.

BECK... sorti le 5-1-1960 après 15 jours d'apyrexie complète est réhospitalisé sur notre demande le 15-2-1960. L'état général est bon.

Les adénopathies prennent nettement une allure scléreuse. Une nouvelle ponction ganglionnaire n'objective aucun aspect parasitaire. L'hémo-gramme est normal et la sédiométrie basse. BECK... quitte l'hôpital le 27-2-1960 et a été perdu de vue.

Afin de permettre à la discussion de prendre corps, nous croyons nécessaire d'affirmer la réalité des corps de Leishman découverts sur les adénogrammes.

Les lames ont été adressées, pour confirmation, au Laboratoire de parasitologie de la Faculté de Paris, et les aspects caractéristiques ont été retrouvés. Il a fallu d'ailleurs une certaine « chance » pour les mettre en évidence lors du premier examen, examen de routine non orienté *a priori* sur la leishmaniose. Dans les deux cas en effet, l'infestation était relativement pauvre : 30 à 40 éléments par cellule et quelques cellules parasitées par lame.

De prime abord, on pourrait évoquer la responsabilité de *L. tropica*. Le bouton d'Orient s'accommode rarement d'adénopathies satellites. Mais la leishmaniose cutanée s'accompagne d'un cortège dermatologique facile à reconnaître : lésions de type furonculeux ou serpiginieux évoluant lentement vers des cicatrices indélébiles. Nous n'en avons trouvé nulle trace chez les 2 malades.

*L. infantum* est susceptible de déterminer une forme cutanéoganglionnaire. ANDRÉ, BRUMPT et coll. ont décrit chez un de leurs malades une réaction ganglionnaire localisée à laquelle s'associaient des éléments papuleux et prurigineux disséminés sur le tronc et les membres et qui correspondraient pour certains à des chancres d'inoculation multiples ou leishmaniomes. Les éléments dermatologiques pourraient disparaître sans laisser de traces après un certain temps d'évolution. Cette hypothèse ne semble pas devoir être retenue dans le cas présent. En effet, nous avons déjà souligné la négativité de l'examen tégumentaire pratiqué dès l'arrivée de nos malades. De plus l'anamnèse ne rapporte rien d'évocateur dans le passé récent et spécialement chez COURV... dont la réaction ganglionnaire en était encore au stade subaigu.

Par élimination, nous en arrivons à penser qu'il s'agit d'une localisation de la leishmaniose dans les ganglions à l'exclusion de

toute association cutanée. Cette hypothèse d'un kala-azar à forme ganglionnaire pur, certaine pour BECK... doit être toutefois plus nuancée chez COURV... en raison de la splénomégalie. Nous y reviendrons.

La région de Palestro en Kabylie où ont séjourné nos deux malades en été et automne 1959 est le siège d'une endémie leishmanienne relativement dense. Le foyer a fourni 8 cas sur les 11 kala-azars étudiés par FERRAND. Trois malades atteints de leishmaniose viscérale, récemment traités par nous, provenaient également de cette région. Les aspects cliniques étaient ceux de la réticulopathie leishmanienne habituelle avec l'hépto-splénomégalie et le tableau biologique chargé. FERRAND relate deux cas où s'associaient des adénopathies discrètes. Mais il ne nous semble pas qu'ait été mentionnée jusqu'ici l'éventualité de déterminations ganglionnaires exclusives.

Cette éventualité pourrait être plus fréquente qu'on ne le croirait au vu de ces deux seules observations. L'unité de BECK... et de COURV... n'est restée que très peu de temps dans notre secteur si bien que nous n'avons pas pu étendre nos investigations. Nous avons appris cependant que deux autres soldats appartenant à cette même unité ont été hospitalisés depuis dans une autre formation pour un syndrome polyadénopathique. Malheureusement, nous n'avons pas eu communication de leurs dossiers. Un dépistage systématique, en foyer endémique, des réactions ganglionnaires d'apparence même banale serait probablement susceptible d'augmenter considérablement le nombre des observations. Il est vrai que la preuve de la leishmaniose devrait être administrée par la découverte de corps de Leishman et cette mise en évidence reste malaisée si l'on en juge d'après les deux cas rapportés ici.

Comment situer ces deux observations dans le cadre de la réticulopathie leishmanienne ? Formes frustes ou formes initiales dépistées avant l'invasion des mésoenchymes hépto-spléniques ? Pour BECK... nous pensons qu'il s'agit d'une forme fruste. Le contrôle pratiqué lors de la deuxième hospitalisation n'a décelé aucun signe d'évolution. Bien au contraire, la ponction ganglionnaire n'a plus révélé de parasitisme même clairsemé. Le ganglion lui-même était en voie de sclérose.

La notion d'une hypertrophie splénique rend le problème de COURV... plus difficile à résoudre. Cette splénomégalie fait-elle la jonction entre la forme précédente et la forme classique ou bien est-elle tout à fait contingente et doit-on la rattacher à une étiologie palustre ?

L'étiologie palustre a pour elle sa grande fréquence, les ondes fébriles antérieures, le volume modéré de la splénomégalie. La chimio-prophylaxie anti-palustre qui était appliquée ne peut être retenue

comme argument contraire. Elle était en effet administrée de façon irrégulière. En fait, les ondes fébriles n'ont rien de bien spécifique d'autant plus qu'elles ont vu s'installer, dans leur décours, la réaction ganglionnaire tout à fait inhabituelle pour un paludisme. De plus, la modicité de la splénomégalie, si elle n'est pas le fait d'un kala-azar classique, ne peut-elle pas cadrer avec une infestation leishmanienne à son extrême début ? On expliquerait de la même façon la carence du contexte biologique : positivité des réactions de formol-gélicification et de MacLagan, élévation sédiométrique, anomalies de la formule, etc.

Pour des raisons particulières tenant à la situation militaire de COURV..., l'observation n'a pu être longtemps poursuivie. La ponction splénique n'a pu être pratiquée. Il nous sera donc impossible d'avoir une opinion sur cette splénomégalie. Avant son rapatriement, le malade reçut 30 g. de glucantime. La rate n'était pratiquement plus perceptible, ce dont il est difficile de tirer une conclusion formelle.

Le doute qui subsistait sur la signification de l'hypertrophie splénique justifiait la cure stibiée dans le premier cas. Au contraire, chez BECK..., nous n'avons pas cru devoir entreprendre un traitement. Le recul nous a paru suffisant pour estimer que la réaction ganglionnaire évoluait cliniquement et histologiquement vers la sclérose. Encore ne pouvons-nous pas affirmer qu'une reviviscence ne se produira pas.

En guise de terminaison, nous reprendrons les termes du préambule. La leishmaniose viscérale est reconnue aisément lorsqu'elle réalise une atteinte massive du système réticulaire. Elle correspond au kala-azar tel qu'il est décrit. Dans d'autres cas qui nous semblent être fréquents, l'infestation ne réalise qu'une réticulopathie superficielle. Son diagnostic risque d'être rarement porté devant la banalité des signes cliniques et la difficulté de saisir la preuve parasitologique. Il reste à savoir si cette forme est réellement abortive ou constitue une étape vers le kala-azar habituel. Les observations que nous rapportons ne sont pas assez nombreuses ni suffisamment prolongées pour autoriser un jugement valable.

### Discussion.

L. BRUMPT. — Je félicite les auteurs de ces intéressantes observations ; sans un examen clinique minutieux elles eussent été méconnues ; il est heureux que l'on ait eu l'idée de ponctionner ces adénites discrètes en vue d'un examen cytologique.

*Bull. Soc. Path. Ex.*, n° 3, 1960.

27

Ces observations ont un grand intérêt clinique parasitologique et épidémiologique.

De jeunes soldats du contingent venant sans doute du nord de la France, transportés dans un pays d'endémie de leishmaniose viscérale, se sont comportés comme des sujets neufs, ont été infectés mais ont présenté une résistance spontanée telle que l'infection s'est arrêtée à la barrière lymphatique.

Ces cas se rapprochent beaucoup de ceux que nous avons observés avec ROBERT ANDRÉ et BERNARD DREYFUS. Il s'agissait d'une forme cutanée pure et d'une forme cutanéoganglionnaire contractées dans le midi de la France, en faisant du camping ; leur appartenance à la leishmaniose viscérale fut prouvée accidentellement : le porteur de la forme cutanéoganglionnaire était donneur de sang Rh + et conféra par transfusion un kala-azar typique à un enfant atteint d'érythroblastose fœtale.

Il est très probable qu'il existe toutes les formes possibles, depuis les formes cutanées pures où la leishmaniose d'inoculation est le premier et seul symptôme ; des formes cutanéoganglionnaires et des formes décapitées ganglionnaires pures sans chancre d'inoculation. Il est possible que le vecteur soit différent à Palestro et dans le midi de la France, un phlébotome piquant dans le derme pourrait créer une lésion cutanée initiale, tandis qu'une autre espèce ou variété biologiquement différente pourrait inoculer directement et plus profondément les Leishmanies dans les espaces cellulaires drainés par les lymphatiques.

Dans quelles conditions ces formes peuvent-elles dépasser le stade lymphatique et se généraliser ? L'enfant est plus réceptif ; mais l'adulte peut présenter une anergie temporaire due à une autre infection à une méiopraxie du système R. E. ou à une administration de cortisone.

Il est peu probable que ces formes frustes et abortives jouent un rôle dans l'infection des phlébotomes car la parasitémie est temporaire, minime ou nulle. Mais elles ouvrent des aperçus sur l'épidémiologie de la leishmaniose viscérale. Dans les pays d'endémie tous les autochtones sont probablement infestés ; la plupart possédant un certain degré de résistance naturelle présentent des formes frustes ou inapparentes mais néanmoins vaccinales, une infime minorité d'enfants ou de sujets réceptifs présentent une forme viscérale.

Il est très peu probable que la leishmaniose cutanée à *Leishmania tropica* existe en France, car dans des villes ou les villages, la majorité de la population serait marquée au visage par la cicatrice caractéristique et la maladie serait connue comme l'ulcère de Montpellier, le bouton de Carcassonne ou le clou de Béziers. Les quelques cas de

bouton d'Orient décrits en France doivent se rattacher à des formes cutanées de leishmaniose viscérale ce qui pourrait être démontré par la culture et l'inoculation aux animaux de laboratoire.

### OBSERVATION D'UN CAS DE KALA-AZAR AU TCHAD

Par HO-THI-SANG, P. KERBASTARD et J. P. ZIEGLER (\*)

Le 17 février 1960 une équipe de prospection du Service des Grandes Endémies de la République du Tchad, en tournée dans la Sous-Préfecture de Kokoro, effectue des prélèvements de sang sur des enfants pris absolument au hasard dans le village d'Amkoakip. Les lames portant ces prélèvements, une goutte épaisse et un frottis sanguin pour chaque enfant, sont expédiés quelques jours plus tard au professeur GALLIARD, à Paris, qui a bien voulu se charger d'une enquête sur le paludisme dans cette zone et qui, en mars, nous informe que Mlle HO-THI-SANG a découvert sur un des frottis des leishmanies libres et dans les leucocytes. Cette lame correspondait à un enfant de 5 ans nommé MAMAT, de race Bilala, habitant Am-Koakip.

Ce n'est que le 19 avril que nous pouvons nous rendre à Am-Koakip, dans l'espoir, bien faible d'ailleurs, de retrouver cet enfant qui appartient à une tribu nomade. Mais par un véritable coup de chance nous finissons par découvrir le jeune MAMAT, qui malheureusement est dans un triste état. Son père nous raconte qu'il est malade depuis plusieurs mois, mais ne peut nous fournir plus de précisions. Chaque jour l'enfant a des frissons, de plus en plus fréquents. Il tremble, il a mal à la tête, il n'a plus d'appétit, a de la diarrhée et maigrit rapidement. Quand nous le voyons il est squelettique et ne peut se tenir debout sans aide. Son abdomen est distendu par une rate énorme, dure et douloureuse, dont on perçoit le bord droit encoché, dépassant l'ombilic largement vers la droite, l'extrémité inférieure atteignant la fosse iliaque gauche. Le foie est nettement augmenté de volume. Les conjonctives sont absolument décolorées, de même que la langue et les extrémités des doigts, ce qui traduit sûrement une anémie intense.

Ne pouvant pratiquer sur place d'autres examens ni traitement, nous conseillons au père de MAMAT d'évacuer celui-ci le plus tôt pos-

(\*) Séance du 11 mai 1960.