LA LEISHMANIOSE CUTANÉO-MUQUEUSE AMÉRICAINE A *LEISHMANIA BRASILIENSIS* EN GUYANE FRANÇAISE

Par H. FLOCH et P. SUREAU

La leishmaniose forestière, qui est vulgairement appelée « pian-bois », en Guyane française, y est bien connue.

Ce n'est cependant qu'assez rarement en somme que son diagnostic peut être confirmé au laboratoire par la mise en évidence de *Leishmania brasiliensis* (3).

Pour cette raison, des lésions qui lui sont rapportées ont en réalité souvent d'autres origines, mais, par contre, elle passe aussi certainement fréquemment inaperçue sous la forme d'ulcérations plus ou moins torpides, secondairement infectées ou même phagédéniques, qui ne peuvent être examinées que dans de mauvaises conditions à des consultations de dispensaire, et où il est difficile (mais possible) de mettre en évidence les leishmanies pathogènes sur frottis colorés de sérosité.

Rappelons qu'au Brésil, à côté de la leishmaniose cutanéomuqueuse, on connaît depuis quelques années une leishmaniose viscérale dont les cas diagnostiqués sont de plus en plus fréquents. La leishmaniose viscérale est encore inconnue en Guyane ; bien que nous l'ayons soupçonnée quelquefois, nous n'avons pu mettre en évidence de leishmanies dans divers frottis de ponctions sternales, de ponctions spléniques et de ponctions ganglionnaires.

La leishmaniose cutanéomuqueuse américaine, nous revenons à elle, est certainement bien plus répandue en Guyane française que ne sembleraient l'indiquer les chiffres ci-dessous portant, pour les treize années qui viennent de s'écouler, sur le nombre de sérosités d'ulcérations diverses examinées pour recherche de *L. brasiliensis* à l'I.P. de la Guyane, le nombre des résultats positifs relevés en ces mêmes années et celui des leishmanioses cliniques enregistrées et traitées à la Consultation Annexe de l'Institut.

Ainsi, de 1939 à 1951, nous n'avons pu déceler par examen direct, après coloration au Giemsa, que 44 fois *Leishmania brasiliensis* sur

623 examens pratiqués (7 % de résultats positifs). Mais il s'agissait en général d'ulcérations qui n'avaient rien à voir avec la leishmaniose cutanée ; nous pratiquons systématiquement sur toute sérosité d'ulcération une recherche de leishmanies.

ANNÉES	LEISHMANIOSES CLINIQUES	LEISHMANIOSES PARASITOLOGIQUES	
		Examens pratiqués	Examens positifs
1939.	18	84	5
1940.	12	107	12
1941.	16	141	14
1942.	4	45	9
1943.	1	11	1
1944.	»	10	»
1945.	»	26	1
1946.	1	30	1
1947.	2	12	»
1948.	4	47	2
1949.	7	41	1
1950.	1	28	»
1951.	7	41	8
Totaux	83	623	44

*
**

Il nous paraît indiscutable, comme nous l'avons souligné, qu'en Guyane française, comme en certains pays d'Amérique Centrale, la leishmaniose forestière a une moindre tendance à atteindre les muqueuses (et est en conséquence moins grave) qu'au Brésil, par exemple (4).

En 1951, cependant, nous avons observé pour la première fois une lésion muqueuse :

« Le malade provenant de l'Approuague était un garçon âgé de 4 ans. Les lésions en évolution dataient de 16 mois : on constatait une lésion typique ulcéro-croûteuse de « pian-bois » sur le nez, l'ulcération s'étendait à la muqueuse de la narine droite ; d'autres lésions existaient à l'avant-bras droit et sur les deux jambes.

« Nous soulignons particulièrement l'ulcération du nez s'étendant aux muqueuses. C'est la première fois que nous constatons en Guyane une

lésion leishmanienne muqueuse évolutive ; nous avons bien vu des cicatrices qui paraissaient être le résultat de telles lésions anciennes, mais cela n'apportait pas la certitude (6). »

*
**

Les phlébotomes, agents vecteurs, sont très répandus et très fréquents « dans les bois », en Guyane française, puisque nous avons pu en identifier 61 espèces locales (23 connues par le mâle et la femelle, 21 par le mâle seulement et 17 par la femelle seulement) et qu'en une matinée de prospection, dans les environs de Cayenne, il nous arrive de pouvoir en capturer plus d'un millier d'exemplaires en certaines saisons ; c'est bien parce qu'ils n'étaient pas recherchés jusqu'en ces toutes dernières années que Shattuck pouvait écrire, il n'y a pas si longtemps : « La présence de phlébotomes a été reconnue dans tous les pays à leishmanies, sauf en Colombie et dans les Guyanes française et anglaise. »

*
**

Alors que dans notre rapport de 1950 (5) nous soulignons n'avoir pas observé de *Leishmania brasiliensis* au laboratoire et que nous n'avions diagnostiqué qu'un seul cas clinique de « pian-bois », l'année 1951, au contraire, a été relativement « riche » à ce point de vue, puisque nous avons enregistré nous-mêmes, à la Consultation Annexe de l'I.P., sept malades atteints de leishmaniose forestière et que, sur 41 examens de sérosités d'ulcérations cutanées, nous avons décelé au laboratoire huit fois des leishmanies.

La plupart de ces malades provenaient de la région de St-Elie, que nous connaissons depuis longtemps comme foyer de leishmaniose forestière. A signaler, toujours en 1951, à St-Elie, une famille composée de la mère et de deux fillettes (l'une de 2 ans, l'autre de 8 mois), toutes trois atteintes.

Un seul de nos patients, en cette même année, provenait du bassin de l'Approuague (Placer Cécilon).

*
**

Au début de l'année 1952, nous avons eu l'occasion d'observer de nombreux cas de leishmaniose forestière. Cinq (quatre Créoles et un Européen) provenant de Sainte-Marie-les-Mines, sur la Comté, foyer

important, étant donné le petit nombre d'habitants de cette région ; un encore à St-Elie (Européenne).

Plus intéressants, au point de vue épidémiologique, nous paraissent les cas de leishmaniose constatés chez les membres d'une mission officielle effectuée sur l'Oyapok.

L'expédition en question est partie de Saint-Georges-de-l'Oyapok le 20 novembre 1951. Après 15 jours de montée sur le fleuve, elle débarqua au Dégrad Galoupa et effectua 23 jours de marche en pleine forêt avec l'itinéraire suivant :

Dégrad Galoupa-Ourouareu, 2 jours ; Ourouareu vers Côte 214 (Haut-Tampac), 15 jours ; retour à Ourouareu, 4 jours ; Ourouareu-Dégrad Galoupa, 2 jours.

St-Georges est atteint au retour après 5 jours de canotage sur le fleuve, le 4 janvier, et la plus grande partie de la mission rejoint Cayenne quelques jours plus tard.

Il est très vraisemblable que la leishmaniose a été contractée par les membres de la mission pendant leur marche en pleine forêt (5-29 décembre 1951), dont les 15 jours entre Ourouareu et Côte 214 ont été particulièrement pénibles.

Aucune lésion n'a été constatée dans le cours de la mission ; toutes se sont manifestées, au moins apparemment, tout à fait à la fin du voyage ou après le retour. Ceci permet de fixer à la durée de la période d'incubation les limites extrêmes de deux à six semaines.

D'autre part, le personnel de la mission comportait au total 26 personnes, dont 7 Européens et 19 Créoles (4 Créoles de Cayenne et 15 Créoles de l'Oyapok). Or, sur 7 Européens qui n'avaient jamais eu de pian-bois auparavant, 7 ont été atteints : B. L., observation VIII ; R. V., observation IX ; C. G., observation X, soignés à Cayenne, et quatre autres qui, dès leur retour à Cayenne, sont repartis sur le Maroni et ont été soignés à Saint-Laurent et Maripasoula.

Parmi les Créoles, 3 des 4 provenant de Cayenne ont été atteints (dont les observations VI, B. E. ; VII, B. V.), tandis que, parmi les 15 Créoles de l'Oyapok, un seul cas de pian-bois aurait été observé. Une information récente (juin 1952) confirme qu'aucun autre cas de leishmaniose n'a été observé depuis chez les canotiers créoles de l'Oyapok ayant participé à l'expédition. Il est possible qu'il s'agisse là de sujets ayant gardé d'une atteinte ancienne une immunité ; il est banal de constater chez les habitants « des bois » les cicatrices assez caractéristiques d'une leishmaniose antérieure.

La mission a-t-elle traversé une région où l'endémicité de la leishmaniose forestière était importante ? C'est possible, mais il s'agissait en tout cas de régions particulièrement inhabitées et, comme il fallait bien que les phlébotomes piqueurs soient naturellement infectés

dans de très fortes proportions, il nous paraît logique de penser que l'infection des insectes ne provenait pas de l'homme, mais d'un autre ou d'autres « porteurs de virus » de la forêt.

Il est évident aussi que les membres de la mission subirent pendant plusieurs jours un régime alimentaire fort carencé et déficient ; ils étaient à ce moment, en conséquence, en état de moindre résistance, ce qui a pu favoriser l'éclosion, chez la grande majorité d'entre eux, de pian-bois ; il est certain que l'organisme humain peut se débarrasser par ses propres moyens et à la longue des leishmanies ; la diminution de ses possibilités de résistance ne peut, par contre, que favoriser l'éclosion de la maladie.

*
**

Voici résumées nos observations recueillies au début de 1952 ; nous n'avons retenu que les cas indiscutables avec présence de *L. brasiliensis* ; les autres étaient d'ailleurs seulement au nombre de deux et, l'épreuve thérapeutique aidant, n'étaient vraisemblablement pas des cas de « pian-bois » véritables.

Nous étudierons à part, plus tard, les réactions sérologiques relatives à ces cas de leishmaniose forestière américaine, plus particulièrement au point de vue de la Réaction Sérologique universelle de Kahn.

*
**

OBSERVATION I. — F. B., Créole, âgé de 25 ans, consulte le 9 février 1952. Son affection a débuté vers la mi-janvier 1952 et a été contractée à Sainte-Marie-les-Mines, sur la Comté.

Il présente, au moment de l'examen, des lésions nombreuses nodulaires, indurées, recouvertes d'une croûte sèche, peu épaisse, certaines entourées de petites élevures à leur périphérie. Ces lésions sont d'âge différent, les plus anciennes sont les plus caractéristiques. Elles siègent sur les membres supérieurs (surtout le gauche), sur les deux jambes et à la cuisse gauche, sur le dos.

La recherche de *L. brasiliensis* donne un résultat positif (11 février 1952).

Du 12 au 25 février, un traitement au Glucantime en injections intramusculaires (2 de 5 cc., 5 de 10 cc. et 5 de 20 cc.) est entrepris.

Une recherche de leishmaniose est encore positive le 19 février : pas d'apparition de nouvelles lésions ; l'amélioration est nette, mais le malade repartant dans les bois, le traitement ne peut être poursuivi plus avant.

OBSERVATION II. — W. G., Créole, âgé de 32 ans, consulte le 9 février 1952. L'affection aurait débuté à la fin du mois de janvier 1952 et a été contractée à Sainte-Marie-les-Mines, sur la Comté.

Le malade présente, au moment de l'examen, des lésions ulcérées à bords surélevés, à fond bourgeonnant, recouvert d'une sérosité jaunâtre, siégeant sur le bras gauche et une sur la verge.

D'autres lésions sont plus petites, sèches et formées par une croûte épaisse qui recouvre une papule rosée, surélevée, un peu mamelonnée. Ces lésions siègent sur la joue et l'omoplate gauches.

Recherche de leishmanies : présence de nombreuses *L. brasiliensis* le jour même de l'examen.

Du 9 au 29 février, trois boîtes de Glucantime sont administrées par voie intramusculaire au malade (2 injections de 5 cc., 5 de 10 cc. et 8 de 20 cc.).

On note alors une nette amélioration. Les lésions sont « asséchées » et croûteuses, mais persistent de l'infiltration et de l'induration (présence de leishmanies) encore le 19 et le 27 février, ainsi que le 3 mars. Le malade repartant dans les bois, le traitement ne peut être poursuivi.

OBSERVATION III. — R. C., Créole, âgé de 36 ans, est examiné le 20 février 1952.

L'affection qu'il présente aurait débuté il y a un mois et demi, c'est-à-dire dans les premiers jours de janvier 1952. Elle a été contractée à Sainte-Marie-les-Mines, où le sujet séjourne depuis janvier 1951.

Il présente, au moment de l'examen, quatre lésions caractéristiques de « pian-bois », ulcérées, reposant sur une base infiltrée ; ces lésions se sont ulcérées trois semaines après l'apparition du nodule infiltré ; elles siègent : une sur la paroi abdominale à gauche de l'ombilic, une à l'avant-bras gauche, une à la cuisse droite et une à la face externe du genou.

La recherche de *L. brasiliensis* donne un résultat positif le 20 février 1952.

Traitement : Anthiomaline intramusculaire, 16 injections du 1^{er} au 20 février 1952 (D^r Barrat). Ce traitement a entraîné une forte amélioration. Les ulcères sont devenus propres et secs à l'issue de la série d'injections.

OBSERVATION IV. — R. S., Créole, âgé de 35 ans, consulte le 24 mars 1952. Son affection aurait été contractée à Sainte-Marie-les-Mines, sur la Comté, et aurait débuté il y a un mois.

Il présente, au moment de l'examen, une lésion ulcérée de « pian-bois » de la taille d'une pièce de 0 fr. 50 à la face externe du genou gauche. De plus, les ongles sont épais et noirâtres (depuis 1939).

Une recherche de leishmanies, le 24 mars 1952, donne un résultat positif (*L. brasiliensis*).

Devant repartir « dans les bois », le malade n'est pas traité.

OBSERVATION V. — E. F., Européen, âgé de 31 ans, consulte le 17 avril 1952. Son affection aurait débuté il y a deux mois et aurait été contractée à Sainte-Marie-les-Mines, sur la Comté.

Il présente, au moment de l'examen, une ulcération de 4 cm. de diamètre, siégeant à la jambe droite, apparue depuis deux mois, et s'agrandissant petit à petit ; deux ulcérations moins importantes existent à la jambe gauche et à la cuisse droite.

Recherche de leishmanies : présence de *L. brasiliensis* le 17 avril 1952.

Traitement : hospitalisé depuis un mois à l'Hospice Saint-Paul, le malade a subi le traitement stibié suivant : 6 injections de tartre stibié et 6 injections d'Anthiomaline intramusculaire à doses croissantes : 1 cc. à 3 cc. (deux injections par semaine) ; il quitte l'hôpital non cicatrisé (Dr M. Rivièrez).

OBSERVATION VI. — B. E., Créole, âgé de 35 ans, est examiné le 13 février 1952.

Les premiers signes de l'affection dont il se plaint sont apparus 15 jours auparavant. La maladie a été contractée lors de la mission sur le Haut-Oyapok, dont nous avons parlé plus haut, et qui s'est effectuée dans les bois du 5 au 31 décembre 1951.

Le malade présente, au moment de l'examen, des lésions typiques ulcérées siégeant sur l'avant-bras gauche, la jambe gauche et la main droite.

Une recherche de leishmanies (*L. brasiliensis*) est positive le 4 février 1952.

Traitement : sept injections intramusculaires de Glucantime sont pratiquées (5 à 20 cc.) ; au total, 14 ampoules sont ainsi administrées.

Le malade n'est pas revenu pour une seconde série. Amélioration minime après la première série d'injections, qui est la seule que nous ayons pu pratiquer.

OBSERVATION VII. — B. V., Créole, âgé de 17 ans, consulte le 25 février 1952.

Son affection aurait débuté il y a 5 semaines. Elle a été contractée lors de la mission sur le Haut-Oyapok.

B. V. est de retour à Cayenne au début de janvier ; l'apparition de la première lésion sur la cuisse survient trois semaines après l'arrivée en cette ville.

Le malade présente, au moment de l'examen, un ulcère à la face antérieure de la cuisse droite, de la taille d'une pièce de 1 fr. ; un autre au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche, de 1 cm. 1/2 de diamètre, avec exsudation en surface.

Un frottis de sérosité de l'ulcération de la cuisse montre la présence de *L. brasiliensis*.

Traitement : deux boîtes de Glucantime du 27 février au 10 mars (1 ampoule de 5 cc. les deux premières injections, puis 2 ampoules par injection, tous les jours). Amélioration. Les lésions persistent, mais s'assè-

chent. Une recherche de leishmanies est encore positive le 11 mars 1952.

A la date du 19 mars, le malade a reçu au total trois boîtes de Glucantime ; l'ulcère de la cuisse a un aspect favorable, propre ; celui de la région claviculaire est recouvert d'une croûte sèche, mais est encore un peu infiltré. Nette amélioration.

OBSERVATION VIII. — B. L., Européen de 38 ans, est examiné le 28 février 1952. Son affection a débuté il y a un mois et demi, au début de janvier. Elle a été contractée sur le Haut-Oyapok (mission).

Il présente, au moment de l'examen, de nombreuses lésions de « pian-bois » aux jambes (surtout aux chevilles), au bras gauche, une sur la hanche gauche et une sur le front, entre les deux sourcils. Au total, onze « pian-bois » ulcérés.

Le 28 février 1952, on constate la présence de leishmanies dans la sérosité d'un ulcère.

Une boîte d'Anthiomaline, en injections intraveineuses à doses progressives (15 injections quotidiennes), entraîne la guérison complète, après une période de quelques semaines sans traitement spécifique.

OBSERVATION IX. — R. V., Européen âgé de 41 ans, consulte le 3 mars 1952 pour une ulcération de la jambe. L'affection a débuté vers le 6 janvier. Elle a été, elle aussi, contractée lors de la même mission à l'intérieur de la Guyane.

On note, outre les traces de nombreux furoncles, un ulcère siégeant à la face antéro-interne de la jambe gauche, à tendance extensive, à bords décollés, à fond gangréneux, avec infiltration sous-jacente.

Deux recherches de leishmanies sont pratiquées. Une seule, la seconde, est positive (*L. brasiliensis*) le 4 mars 1952.

Traitement : trois boîtes de Glucantime intramusculaire (5 puis 10 cc. par injection deux fois par semaine). Guérison lentement obtenue.

OBSERVATION X. — C. G., Européen âgé de 39 ans, consulte le 7 avril 1952. L'affection aurait débuté à la fin du mois de janvier 1952. Elle a été contractée, elle aussi, au cours de la mission sur l'Oyapok.

Nous constatons, au moment de l'examen, jambe gauche, un ulcère de 3 cm. sur 4, face supérieure du pied (légèrement sur le bord interne), à fond rouge, à bords un peu surélevés, sur le mollet une induration violacée, une induration à la palpation le long du trajet des lymphatiques, enfin un ganglion inguinal gauche.

Une recherche de leishmanies est positive (*L. brasiliensis*) le jour de l'examen.

A l'Hôpital Jean-Martial (Service du Dr Casile), malgré la présence de *L. brasiliensis*, C. G. est mis au traitement par les antibiotiques : Pénicilline pendant 8 jours, Streptomycine pendant 15 jours, Auréomycine pendant 15 jours. Les ulcères persistent, un peu améliorés en raison certainement de l'action des antibiotiques sur la flore associée.

C. reçoit enfin 12 injections intramusculaires d'Anthiomaline et sort de l'Hôpital le 26 mai, cicatrisé, un œdème de la jambe persistant cependant.

OBSERVATION XI. — D. J., Européen âgé de 37 ans, consulte le 16 février 1952. Son affection aurait débuté il y a trois semaines. Elle a été contractée durant la même mission.

Il présente au moment de l'examen : sur la face antérieure de la jambe gauche, à 10 cm. au-dessus de la cheville, une ulcération de la taille d'une pièce de 5 fr., à fond sale, à bords épais surélevés et, face dorsale du gros orteil, une petite ulcération de la taille d'une pièce de 0 fr. 50, en partie cicatrisée, sauf une petite fistule purulente.

L'état général du malade est médiocre. La jambe gauche est œdématisée ; le malade est un hypertendu.

Une recherche de leishmanies est positive le même jour (*L. brasiliensis*).

Trois boîtes de Glucantime sont administrées en onze jours, à raison de 20 cc. par jour. A ce moment, l'amélioration est très nette, mais le malade supportant assez mal ces injections refuse une seconde série ; cependant la cicatrisation se poursuit et s'achève, trois semaines après le début du traitement. En juin, on constate la guérison de la lésion, mais la persistance d'un œdème intéressant le tiers inférieur de la jambe atteinte.

OBSERVATION XII. — E. F., Européenne, âgée de 40 ans, est examinée à l'Institut Pasteur à l'occasion d'une visite de départ, le 31 mars 1952.

L'affection aurait débuté trois semaines auparavant et a été contractée à St-Elie (où nous avons souvent rencontré des « pian-bois » durant les années précédentes).

La malade présente, au moment de l'examen, une lésion ulcérée, d'une taille un peu inférieure à celle d'une pièce de 1 fr., siégeant à la face postérieure de l'avant-bras gauche, et à côté une petite lésion nodulaire comme une lentille.

Présence de nombreuses leishmanies (*L. brasiliensis*), le jour de l'examen, dans des frottis de sérosités d'ulcérations.

La malade n'est pas traitée, car elle rentre en France ; elle ne fut examinée que pour affirmation parasitologique du diagnostic, afin que le traitement spécifique soit entrepris.

*
**

L'étude de ces observations permet de préciser ou de confirmer quelques points intéressants :

A) Les lésions muqueuses sont bien exceptionnelles en Guyane française. Dans les douze observations que nous venons de rapporter, il s'agit toujours d'une atteinte cutanée pure.

B) La question de l'immunité, que nous croyons réelle dans certains cas de « pian-bois » en Guyane française, nous ramène à la conception même de ce qu'est la leishmaniose américaine au point de vue clinique.

Pour beaucoup d'auteurs, à la suite d'Escomel, les lésions muqueuses qui font la gravité et la spécificité de l'affection sont de véritables lésions secondaires apparaissant longtemps après la cicatrisation de la lésion cutanée primaire : « Malgré quelques exceptions citées par Terra et Treita, où les ulcérations ont été d'emblée muqueuses, il est de règle générale de voir ces ulcérations succéder à des ulcérations cutanées et souvent même quand celles-ci sont cicatrisées depuis longtemps... ». « Pour Escomel, ces lésions muqueuses seraient de véritables accidents secondaires survenant après une longue incubation, à la suite des accidents cutanés jouant le rôle de lésion initiale (chancre espundique). » (10).

Pour d'autres auteurs, il y aurait, à côté de ces lésions « secondaires » muqueuses, des atteintes muqueuses primitives par extension d'une ulcération leishmanienne de la peau aux muqueuses, ce serait là la « variété sans solution de continuité » (7).

D'après une troisième conception, la leishmaniose américaine est fort voisine du Bouton d'Orient, et la forme cutanéomuqueuse n'est pas spécifique du continent occidental :

« Bien que, en Amérique comme ailleurs, les lésions purement cutanées prédominent, c'est surtout dans ce pays qu'on trouve avec une assez grande fréquence (20 %) une extension aux muqueuses bucco-naso-pharyngées. Ce fait justifie la dénomination spéciale : forme sud-américaine.

« L'affection n'est pas au fond bien différente de la précédente (le Bouton d'Orient).

« Une papule, débutant vers le centre de la face, s'ulcère lentement et atteint peu à peu le nez, la bouche, le pharynx, aboutissant à de vastes pertes de substances qui finissent par se cicatriser. » (1).

Ce que nous observons en Guyane française correspondrait à la forme « Uta » d'Escomel, qui décrit deux grandes formes de la leishmaniose américaine, à savoir : la forme « Uta » et la forme « Espundia » (2).

La « Uta » n'affecterait que la peau et exceptionnellement les muqueuses, et toujours de proche en proche.

La « Espundia », au contraire, serait caractérisée par des atteintes muqueuses avec solution de continuité, véritables accidents secondaires survenant bien souvent longtemps après la cicatrisation des lésions cutanées.

Deux discordances cependant :

Pour Escomel, la « Uta » est la leishmaniose des régions élevées, la « leishmaniose de la Sierra », tandis que la « Espundia » préfère les régions forestières, chaudes, basses ; c'est donc cette dernière que l'on devait s'attendre à trouver en Guyane, ce qui n'est pas.

D'autre part, Escomel sépare la « Uta » du « Bouton d'Orient », notamment parce qu'elle ne produit pas d'immunité, contrairement à celui-ci. Il nous paraît certain que lorsque les « pian-bois » ont évolué depuis plusieurs mois (ou années) chez un individu et sont cicatrisés, ce dernier jouit d'une certaine immunité. Les cicatrices de « pian-bois » chez les gens vivant dans la forêt sont banales, et nous avons vu que les Européens et les Cayennais ont été remarquablement plus réceptifs à la leishmaniose que les gens de l'Oyapok, lors de la mission à l'intérieur du pays que nous contons.

Il n'est pas inutile de signaler d'ailleurs que Laveran précise bien que l'immunité même dans le Bouton d'Orient n'est pas absolue, loin de là.

Par ailleurs, dans la conception d'Escomel, on comprend mal si l'auteur envisage deux leishmanioses américaines spécifiques différentes ou une seule. La leishmaniose cutanée américaine avec lésions muqueuses sans discontinuité, telle que la comprennent Dubois et Van den Berghe, existe indiscutablement d'après nos constatations en Guyane française ; celles-ci, par contre, ne nous permettent pas jusqu'ici d'affirmer la réalité de la « Espundia », leishmaniose à lésions muqueuses secondaires, dont la pathogénie nous paraît *a priori* assez curieuse.

Il reste encore bien des points obscurs dans la question de leishmaniose américaine.

N'y aurait-il pas chez *L. brasiliensis*, comme chez *L. tropica* (d'après les auteurs russes) (8), deux races de parasites présentant entre elles des différences notables, voire deux espèces ? Ceci expliquerait peut-être les discordances très nettes (des points de vue clinique et immunologique par exemple) entre ce que certains auteurs ont décrit et ce que nous observons.

C) La fréquence avec laquelle le parasite, agent spécifique de la maladie, est retrouvé semble varier grandement avec les auteurs. Certes, plusieurs frottis et une recherche patiente sont généralement nécessaires, mais, chez tous nos malades, nous avons pu voir dans les frottis colorés au Giemsa rapide des *Leishmania brasiliensis* typiques, soit rares, soit abondantes. Cette constatation s'oppose à celle de Laverde (5), qui écrivit récemment à ce sujet :

« 1) Pour un seul de nos malades sur les 29, on put mettre en évidence le parasite dans les coupes anatomo-pathologiques. Nous avons renouvelé les biopsies à plusieurs reprises chez des malades non traités auparavant, sans arriver à les découvrir.

« 2) Les frottis furent toujours négatifs en employant toutes les méthodes conseillées par les spécialistes.

« 3) Les cultures restèrent stériles dans tous les cas. »

Remarquons cependant que nos observations étaient relatives à des cas en général bien plus récents que ceux de Laverde.

Nous pensons que lorsqu'il s'agit de véritable leishmaniose forestière américaine, des frottis bien faits (il faut obtenir la sérosité de régions granuleuses, donc encore vascularisées, de la lésion, ce qui n'est pas toujours facile, notamment dans les ulcérations surinfectées et phagédéniques), colorés au Giemsa, doivent permettre de mettre en évidence les leishmanies.

Mais, même lorsque celles-ci existent dans ces frottis, et souvent même alors qu'elles sont typiquement colorées, elles ne sont pas très faciles à déceler pour un œil non entraîné ; lorsque l'une d'entre elles a été bien individualisée sur une lame, d'autres sont en général trouvées rapidement ensuite, et on est alors étonné du temps souvent long mis à découvrir la première.

D) Nos malades ont contracté leur affection dans des régions bien déterminées, véritables foyers à leishmaniose ; il s'agit soit de foyers déjà connus et signalés (St-Elie, la Comté), soit de foyers dont l'existence prévisible a été fortement confirmée : le Haut-Oyapok.

De plus, pour cette dernière région peu peuplée, se pose l'hypothèse vraisemblable de l'existence d'un réservoir de virus animal sylvestre.

E) Le tableau ci-après résume les traitements appliqués, avec leur mode d'administration et les résultats obtenus :

Le Glucantime a été utilisé dans six cas, le plus souvent en injections intramusculaires quotidiennes, à doses progressives : 5 cc. pour la première et la deuxième injection, 10 cc. pour les deux suivantes, puis 20 cc. par injection. La dose totale est généralement d'une trentaine d'ampoules de 5 cc.

Il semble qu'il soit préférable d'administrer cette quantité totale de façon rapide et à des doses d'emblée importantes. Le meilleur résultat obtenu avec le Glucantime est, en effet, celui de l'observation XI, où furent pratiquées 10 injections quotidiennes de 20 cc. chacune, en 11 jours. Le malade supporta assez mal ce traitement,

TRAITEMENT

N° DE L'OBSERVATION	PRODUIT UTILISÉ	NOMBRE, DOSES ET RYTHME DES INJECTIONS	DOSE TOTALE	DURÉE DU TRAITEMENT	RÉSULTATS
I.....	Glucantime	12 I.M. quotidiennes Doses : 5 cc.	160 cc.	14 jours	Amélioration
II.....	Glucantime	15 I.M. quotidiennes Doses progressives : 5 à 20 cc.	220 cc.	20 jours	Amélioration
VI.....	Glucantime	7 I.M. quotidiennes Doses progressives : 5 à 20 cc.	70 cc.	7 jours	Légère amélioration
VII.....	Glucantime	16 I.M. quotidiennes Doses progressives : 5 à 10 cc.	150 cc.	20 jours	Nette amélioration
IX.....	Glucantime	16 I.M. 2 fois par semaine Doses progressives : 5 à 10 cc.	150 cc.	2 mois	Guérison lentement obtenue
XI.....	Glucantime	10 I.M. quotidiennes Doses : 20 cc.	200 cc.	11 jours	Guérison
III.....	Anthiomaline	16 I.M. quotidiennes Doses progressives : 1 à 4 cc.	54 cc.	16 jours	Nette amélioration
XV.....	Anthiomaline	12 I.M. 2 fois par semaine Doses progressives : 1 à 4 cc.	38 cc.	6 semaines	Guérison
V.....	Tartre stibié Anthiomaline	6 I.V. 3 fois par semaine Doses (solution à 1%) 5 cc. 6 I.M. 3 fois par semaine Doses progressives : 1 à 3 cc.	30 cc. 14 cc.	1 mois	Nette amélioration
VIII.....	Anthiomaline	15 I.V. quotidiennes Doses progressives : 1/2 à 4 cc.	30 cc.	15 jours	Guérison

puisqu'il ne voulut pas subir la seconde série prévue, mais heureusement la guérison totale fut cependant obtenue, bien que la thérapeutique spécifique ait été interrompue avant l'obtention de la cicatrisation complète.

Dans les autres cas, une dose totale analogue ou supérieure (44 ampoules dans l'observation II), administrée moins rapidement, n'a amené qu'une amélioration partielle et passagère, mais en aucune façon la guérison définitive.

L'Anthiomaline nous a donné, semble-t-il, des résultats supérieurs.

En injections intramusculaires à doses progressives, quotidiennes ou hebdomadaires, elle a été bien supportée et a entraîné deux améliorations très nettes et une guérison complète.

Un malade (observation VIII) a été traité par des injections intraveineuses quotidiennes d'Anthiomaline (notre traitement habituel, mis en œuvre ici à titre de « témoin »), à doses progressives, pendant 15 jours ; la guérison complète a été obtenue.

La leishmaniose cutanée américaine est, en somme, une affection longue à traiter ; le travail récent de Laverde (9) le prouve amplement. Ceci est un inconvénient sérieux, car beaucoup de malades ne pouvant attendre abandonnent le traitement avant l'obtention de la guérison.

Il serait préférable d'obtenir l'hospitalisation, qui permet un traitement prolongé, intensif et surveillé. Toutefois, si les malades porteurs de lésions multiples ou étendues peuvent y consentir, les sujets qui n'ont qu'une ou deux lésions de pian-bois ne songent guère à entrer à l'hôpital, et, cependant, même dans ces dernières formes, il est nécessaire d'appliquer un traitement énergique si l'on veut s'assurer une guérison définitive.

Pour nous, le Glucantime, médication active, n'est pas le progrès remarquable sur les autres stibiés que dit Laverde. Nous connaissons d'ailleurs des médecins traitants en Guyane qui préfèrent encore le vieil émétique !

Nous voyons, du moins lorsqu'il s'agit de malades ambulatoires, deux traitements à préconiser (chez l'adulte) :

1° l'Anthiomaline intraveineuse à doses croissantes quotidiennes (une boîte de 10 ampoules que l'on répartit en une quinzaine de jours en n'injectant, lorsque l'on passe à la dose supérieure, qu'une demi-ampoule le premier jour ou les deux premiers jours) ;

2° le Glucantime à la dose de 20 cc. par voie intramusculaire et par jour (4 boîtes de 10 ampoules), injections réparties par conséquent sur une dizaine de jours.

Souvent, ainsi, on obtiendra la guérison avec une seule série d'injections, même si le malade n'attend pas la seconde série, à recommander évidemment.

Avec cette posologie, Anthiomaline et Glucantime nous paraissent très actifs sur *L. brasiliensis*, mais il faut remarquer que, dans l'un et l'autre cas, les malades estiment être à la limite de la tolérance du spécifique stibié.

Si, cliniquement, on peut être tenté d'utiliser les antibiotiques contre la flore associée, pratiquement il est inutile de le faire : l'Anthiomaline intraveineuse ou le Glucantime intramusculaire suffisent à obtenir la cicatrisation recherchée ; utiliser les antibiotiques dans la leishmaniose forestière américaine n'aboutit en général qu'à une perte de temps regrettable et coûteuse.

BIBLIOGRAPHIE

1. DUBOIS (A.) et VAN DEN BERGHE (L.). — Leishmaniose cutanéomuqueuse. *Les maladies des Pays chauds*, 1947, p. 347.
2. ESCOMEL (E.). — La leishmaniose américaine et les leishmanioses en Amérique. *Bull. Soc. Path. exot.*, XXII, 1929, n° 1, p. 35.
3. FLOCH (H.). — Leishmaniose. *Rapport sur le fonctionnement technique de l'I.P. de la Guyane pendant l'année 1942*. Publication n° 60 de l'Institut Pasteur de la Guyane, mars 1943.
4. — Leishmaniose forestière. *Rapport sur le fonctionnement technique de l'I.P. de la Guyane pendant l'année 1946*. D°, n° 151, avril 1947. — *Rapport sur le fonctionnement technique de l'I.P. de la Guyane pendant l'année 1948*. D°, n° 188, mars 1949.
5. — Leishmaniose forestière. *Rapport sur le fonctionnement technique de l'I.P.G. pendant l'année 1950*. D°, n° 229, avril 1951.
6. — Leishmaniose cutanéomuqueuse américaine. *Rapport sur le fonctionnement technique de l'I.P.G. pendant l'année 1951*. D°, n° 262, mai 1952.
7. JOYEUX (Ch.) et SICÉ (A.). — Leishmaniose américaine. *Précis de Médecine des Pays chauds*, 1936, p. 515.
8. KOJEVNIKOV et coll. — *Trop. Dis. Bull.*, 1944.
9. LAVERDE (A.). — La leishmaniose américaine dans les hôpitaux de Bogota (Colombie). *Bull. Soc. Path. exot.*, XLIV, 1952, n° 1, p. 78.
10. VIGNE (P.). — Leishmaniose américaine. *Nouv. Prat. dermat.*, III, 36, p. 293.

(Institut Pasteur de la Guyane française).