Un cas de nodosités juxta-articulaires asymétriques chez un Européen au Congo Belge

PAR

R. BERNARD et A. BRODEN.

(*Déposé en juin 1924*)

Les nodosités juxta-articulaires ont été ainsi définies par Jeanselme : « Nodules sous-cutanés, arrondis, solitaires ou agminés, qui siègent au voisinage des jointures, et des crêtes osseuses. Indolents, de consistance ferme et rénitante roulant, sous le doigt, ils peuvent exceptionnellement se ramollir et se terminer par une cicatrice qui n'a de caractéristique que son siège juxta-articulaire. »

Brumpt les dénomme plus justement, pensons-nous, nodosités des saillies osseuses. Leur siège est symétrique par ordre de fréquence : olécrane, trochanter, malléole externe, tubérosité antérieure du tibia, tête du péroné, face dorsale des doigts, acromion, sacro-coccygomie, gril costal.

L'évolution est lente, se chiffre par années : transformation fibreuse, ou résorption spontanée ou élimination par suppuration. L'étiologie est variable. Nous avons eu l'occasion récemment de voir chez un Belge ayant vécu plusieurs années au Congo des lésions ressemblant à celles qui viennent d'être définies.

Assez fréquentes dans certaines tribus indigènes, elles semblent d'une exceptionnelle rareté chez le blanc, et nous croyons bien que l'observation qui va suivre est à peine la dixième de toute la littérature :

Observation.

Monsieur X..., 32 ans, agent colonial, marié depuis quatre ans, ne présente absolument aucun antécédent personnel, ou héréditaire ; il a toujours été en bonne santé ; son père, encore en vie, a un passé indemne, sa mère est morte accidentellement. Le sujet est parti au Congo pour la première fois en 1912 ; il s'est marié il y a 4 ans et a 2 enfants sains (1 de 3 ans et l'autre de 1 an), tous deux nés en Afrique.

Il passe son premier séjour dans le district de l'Équateur, où il retourne une seconde fois en 1914, et où il fait un séjour ininterrompu de 5 années. Il rentre en Europe par le premier bateau après l'armistice, se marie, et repart pour la troisième fois à la fin de 1919, séjourne à l'Équateur et à Stanley-Falls pour rentrer en Belgique en 1923.

Au cours de ces trois séjours comportant un peu plus de 9 années, notre malade s'est, en général, bien porté, n'ayant eu que de rares accès de paludisme.

Au début de la cinquième année de séjour, il a constaté un jour la présence à la surface externe du coude gauche, d'une petite nodosité. D'autres nodosités se seraient montrées et successivement (?) : le malade ne peut plus guère fournir de détails précis. Il nous signale que durant son congé en Belgique, au début de 1919, il a été examiné par un médecin non colonial, qui lui aurait fait une quinzaine d'injections hypodermiques d'un composé arsénical (cacodylate ?). Ce traitement n'eut pas le moindre effet sur l'affection cutanée : le malade se maria, emmenant au Congo sa jeune femme, dont il eut deux enfants bien portants au cours de son dernier séjour de trois ans et quelques mois. Notons qu'à l'époque des deux conceptions, le sujet est porteur de ses nodosités. C'est en amenant à l'un de nous sa femme notablement anémiée par du paludisme chronique, qu'il profita de l'occasion pour montrer son bras gauche portant les nodosités. Le malade était rentré depuis quatre mois déjà, et d'après ses affirmations, le début de l'affection remontait à plus de cinq ans.

Examen du malade le 28 septembre 1923.

X..., présente : 1° juste à gauche de l'olécrane une petite tumeur du volume d'une noisette, de consistance cartilagineuse

mobile, bien ronde sans bosselures, légèrement adhérente à la peau, absolument indolore spontanément et au palper;

2° Diverses cicatrices, deux à droite de l'olécrane et un peu au-dessus de lui, deux autres situées un peu au-dessus des précédentes; enfin, une dernière se trouvant à la crête radiale.

Ces cicatrices, nous dit le malade, proviennent de nodosités qui se sont ulcérées et se sont cicatrisées ensuite, plus ou moins rapidement sans traitement général, et par de simples pansements. La dernière nodosité s'est ouverte il y a trois mois, aurait suppuré pendant une semaine et se serait refermée d'elle-même sans soins.

La peau correspondante aux cicatrices, de même que celle qui recouvre la nodosité restante, est totalement décolorée, amincie et dépourvue de son élasticité. Par contre, autour des lésions, elle est de teinte rougeâtre (autour des grandes cicatrices on constate un peu de pigmentation), sur toute la région le tégument est rugueux, par endroits légèrement squammeux, les papilles sont saillantes.

Le malade nous déclare que les nodosités antérieures ont présenté exactement le même caractère que la nodosité restante et que nous avons décrite plus haut. Il a toujours caché son mal jusqu'à présent par crainte de voir entravée sa carrière coloniale. Par ailleurs, il ne se connaît aucun antécédent syphilitique, et affirme cependant s'être toujours bien observé.

L'examen minutieux ne montrait pas de lésions en d'autres endroits du corps : pas d'altérations organiques; l'état de santé général est bon, l'agent a d'ailleurs gagné une douzaine de kilogrammes depuis trois mois, c'est-à-dire depuis son retour en Belgique. Le taux de l'hémoglobine (Sahli) est largement de 80 p. c. Plus d'accès de paludisme depuis trois mois. L'aspect des lésions et le commémoratif, nous rappellent immédiatement les « nodosités juxta-articulaires » signalées par divers auteurs, dans les pays tropicaux, avant tout chez les indigènes.

Un interrogatoire très serré ne parvient pas à mettre en évidence une lésion spécifique antérieure : il n'y a pas de cicatrice de chancre. Néanmoins, sous prétexte de faire une analyse complète du sang, nous recueillons quelques centimètres cubes de sang : la réaction B. W. est *fortement positive* (procédé Calmette-Massol). Quelques jours plus tard,

nous faisons une première injection intra-veineuse de 0,06 de sulfarsénol. L'examen des lésions six jours après cette injection montre une modification manifeste : la rougeur péricicatricielle, et surtout de la zone d'érythème, a notablement diminué.

Trois autres injections intra-musculaires de 0,12 de sulfarsénol ont été faites à peu de jours d'intervalle : une nouvelle analyse du sang montre une réaction toujours fortement positive.

Le traitement ultérieur fut continué ensuite par l'un de nous suivant le rythme que voici :

29 oct. 1923	: 0,18 Sulfar. plus Bi.		
5 nov. —	: 0,36 —	— —	
9 — —	: 0,54 —	— —	
14 — —	: 0,60 —	— —	La diminution de l'érythème semble arrêtée.
18 — —	: 0,60 —	— —	B. W. : positif faible.
21 — —	:		P. L. normale.
26 — —	: 0,75 métar.	— —	
3 déc. —	: 0,90 —	— —	
9 — —	: 0,90 —	— —	Dernière nodosité considérablement applatie, mais il persiste une induration sous-cutanée du diamètre d'une pièce d'un centime.
15 — —	: 0,90 —	— —	
27 — —	: 0,90 —	— —	
3 janv. 1924	: B. W. négatif	— —	

La grande rareté des nodosités juxta-articulaires chez les Européens, jointe au regain d'actualité qui est donné dans ces derniers temps à cette question, engage à résumer celle-ci.

En effet, nous ne connaissons chez le blanc que les cas de Giblin (1915), de Brault (1916), de Gougerot-Burnier-Bonnin (1920), Poupelain (1920), Remlinger (1923), Brouard (1923), Morin (1924). Tous ces cas ont été observés chez des blancs ayant fait des séjours plus ou moins prolongés dans un des foyers intertropicaux qu'on trouvera sur la carte annexée. A cette liste, il convient d'ajouter les deux seuls cas publiés de nodosités observées chez des blancs n'ayant jamais été aux colonies (De Quervain, 1920; Gougerot, 1924).

Répartition géographique.

Signalées d'abord par Lutz, médecin brésilien, à Honolulu en 1891, Jeanselme identifia et dénomma les nodosités J.-A., au cours d'une mission en Indo-Chine en 1899-1900.

D'après cet auteur, il existe cinq grands foyers de cette affection :

I) La presqu'île indo-chinoise, les îles de la Sonde, la Nouvelle-Guinée et l'Archipel hawaïen; II) Madagascar, les Comores et les Mascareignes; III) L'Afrique Occidentale et Équatoriale ; IV) L'Afrique du Nord; V) Le Brésil.

Nous avons indiqué ces différents foyers sur la planisphère ci-contre et la constatation suivante s'impose dès le premier coup d'œil : la zone où règne cette affection ne dépasse pour ainsi dire pas le 30me parallèle N. et le 30me parallèle S. On peut même dire qu'il s'agit *d'une affection intertropicale* : puisque le tropique du Capricorne n'est pas dépassé et que le tropique du Cancer ne porte au-dessus de lui que le foyer chinois de Sze-Chouen, et celui de l'Afrique du Nord où, après tout, les cas sont tellement rares chez les indigènes eux-mêmes, qu'on les publie lorsqu'ils se présentent.

Symptômes. — Les nodosités J.-A. se présentent au début de volume très réduit et comme enrobées dans le tissu cellulaire. Ensuite, elles se révèlent mobiles et roulant sous le doigt. Petit à petit, elles deviennent superficielles, plus ou moins adhérentes à la peau ; plus tard encore, elles font saillies à la surface, sont de consistance très ferme et indolores. En général, et contrairement à notre cas, les téguments ne sont guère modifiés ; parfois la peau correspondant au centre de la tumeur est distendue et décolorée.

Nous avons signalé au début leurs habituelles localisations et la plupart des auteurs s'accordent à dire que ce syndrôme affecte une répartition symétrique (Notre cas est donc une exception à cette règle).

Évolution. — Laissés à eux-mêmes, les nodules persistent d'habitude indéfiniment; rarement ils peuvent s'ulcérer. Traités, ils diminuent progressivement, les derniers venus rétrocédant les premiers. Il peut arriver parfois qu'à un moment donné la rétrocession s'arrête et il demeure alors un petit noyau fibreux indélébile qu'on peut, au besoin, extirper chirurgicalement.

Étiologie. — Certains auteurs, dont Jeanselme, inclinent à croire que la syphilis peut être exclusivement incriminée. D'autres, comme Gougerot, pensent qu'il s'agit d'un *syndrôme dû à des causes différentes, dont la syphilis*, et même avec cette réserve, qu'il s'agit d'une syphilis spéciale par sa localisation,

son mode de groupement, son évolution lente et fibreuse, son absence habituelle de tendance au ramollissement.

Le pian a ses partisans convaincus et, toujours est-il, que tous les foyers signalés sur la carte sont des foyers pianiques. Dubois et Mouchet (1911), qui ont été parmi les premiers à attirer l'attention sur les nodosités au Congo belge, partagent cette manière de voir. Un médecin, rentré récemment de là-bas, le Dr Moncarey, nous signalait le fait suivant qu'il avait étudié dans la région du Haut-Fleuve, aux environs de Bassoko : Il y existe deux races rivales, à peu près impénétrées par l'Européen : les Lokélé (tribu de pêcheurs) et les Topoké (tribu de cultivateurs) ; les nodosités J. A. y sont extrêmement fréquentes ; or, la syphilis y est à peu près inexistante et le pian y est extraordinairement répandu.

Par ailleurs, Gougerot a découvert, dans certains de ces nodules, un champignon nouveau, qu'il a dédié à Carougeau (1909) et dénommé la *Nocardia* (ou Discomyces) *Carougei*.

Mais il est un fait qui nous a frappé à la lecture des différentes observations recueillies chez l'Européen : c'est l'absence de commémoratif syphilitique chez la plupart de ces malades, qui nient avoir jamais eu la syphilis, malgré un B. W. positif: cas De Quervain (Société médicale de Berne, 4 mars 1920); premier cas Gougerot (Annales des maladies vénériennes, mai 1920); deuxième cas Gougerot (Bruxelles-Médical, 1924); cas Brouard (Arch. Institut Pasteur d'Algérie, n° 4, 1923); cas Morin (Marseille-Médical, 25 janvier 1924); cas Broden-Bernard (Société belge de Médecine tropicale et Société belge de Derm Syphil., juin 1924).

Cependant, la plupart du temps, les lésions ont guéri par la médication spécifique, qui est la même d'ailleurs pour la syphilis et le pian, hormis le Hg inagissant dans cette dernière affection.

L'examen histologique n'y révèle rien de pathognomonique ; c'est, d'après Jeanselme, un tissu dense, compact, parsemé de quelques taches d'un jaune opaque et de quelques foyers ramollis en forme de géode. Sur une coupe d'ensemble, il a observé trois zones : une interne ou de dégénérescence, une externe ou de réaction inflammatoire, une intermédiaire ou de transition. Van Dyck et Oudendael, aux Indes néerlandaises, y ont trouvé, à côté de forts noyaux de tissu conjonctif, des

spirochètes typiques de syphilis ou de pian ; et tout récemment, Sobernheim, de Berne, a eu l'occasion d'examiner des coupes de nodosités juxta-articulaires, traitées à la méthode de Levaditi (imprégnation au nitrate d'argent). Il y a retrouvé des tréponèmes typiques, qu'il rapporta au pian ou à la syphilis (Arch. f. Schiff. et Trop. hygiène, T. 28, p. 73, 1924).

Notons encore qu'au Maroc, où la syphilis est extraordinairement répandue, (80 p. c. de la population d'après Lacapère), seize cas seulement de nodosités ont été publiés (Dekester et Martin, Maroc-Médical, juillet 1923) ; et même sur ces seize cas, la syphilis n'a pu être établie que dix fois. Il est vrai que le pian n'a pas encore été signalé dans ce pays, où cependant la pénétration nègre existe par le Sud, et où la présence des troupes sénégalaises pourrait cependant avoir amené des cas non identifiés. Enfin, disons qu'au Brésil, Rabello croit à la syphilis malgré l'existence du pian dans ce pays et que par contre, Van Dyck à Java, sur trente-six cas de nodosités en compte nettement trente-deux pianiques.

Citons pour mémoire Garougau qui, sur des cas de Madagascar repère *d'anciennes lésions tuberculeuses* ayant évolué spontanément vers la guérison par transformation fibreuse, et Ouzilleau (Brazzaville) de même que Moncarey (notes inédites) qui parfois ont identifié des *microfilaires* (1).

Quant à la cause déterminante de ces lésions vraiment curieuses, et de leur localisation, Jeanselme les attribue à « tout lieu de pression, de frottement, de tiraillements légers mais répétés ; ils relèvent souvent d'après lui, de pratiques religieuses, de manières de s'asseoir, costumes, etc..». C'est à cela pensons-nous, qu'il faut attribuer la disposition symétrique qu'il est convenu de reconnaître au syndrôme qui nous occupe. Ces pratiques, en effet, déterminent d'habitude des attitudes symétriques. Quant au malade dont nous avons relaté plus haut l'observation et dont les localisations asymétriques constituent une exception à cette règle, c'est précisément dans les causes déterminantes de Jeanselme que nous en trouvons l'explication : professionnellement il est toujours appuyé sur le coude gauche en flexion ; mais des raisons de discrétion nous empêchent de préciser davantage, le malade étant actuellement retourné à son poste.

(1) Il nous parait probable que ces observateurs ont eu affaire à des kystes d'*Onchocerca volvulus*.

Conclusions.

Tout ce qui précède nous amène à des *conclusions plutôt négatives et c'est surtout contre l'étiologie exclusivement syphilitique soutenue récemment que nous nous élevons.*

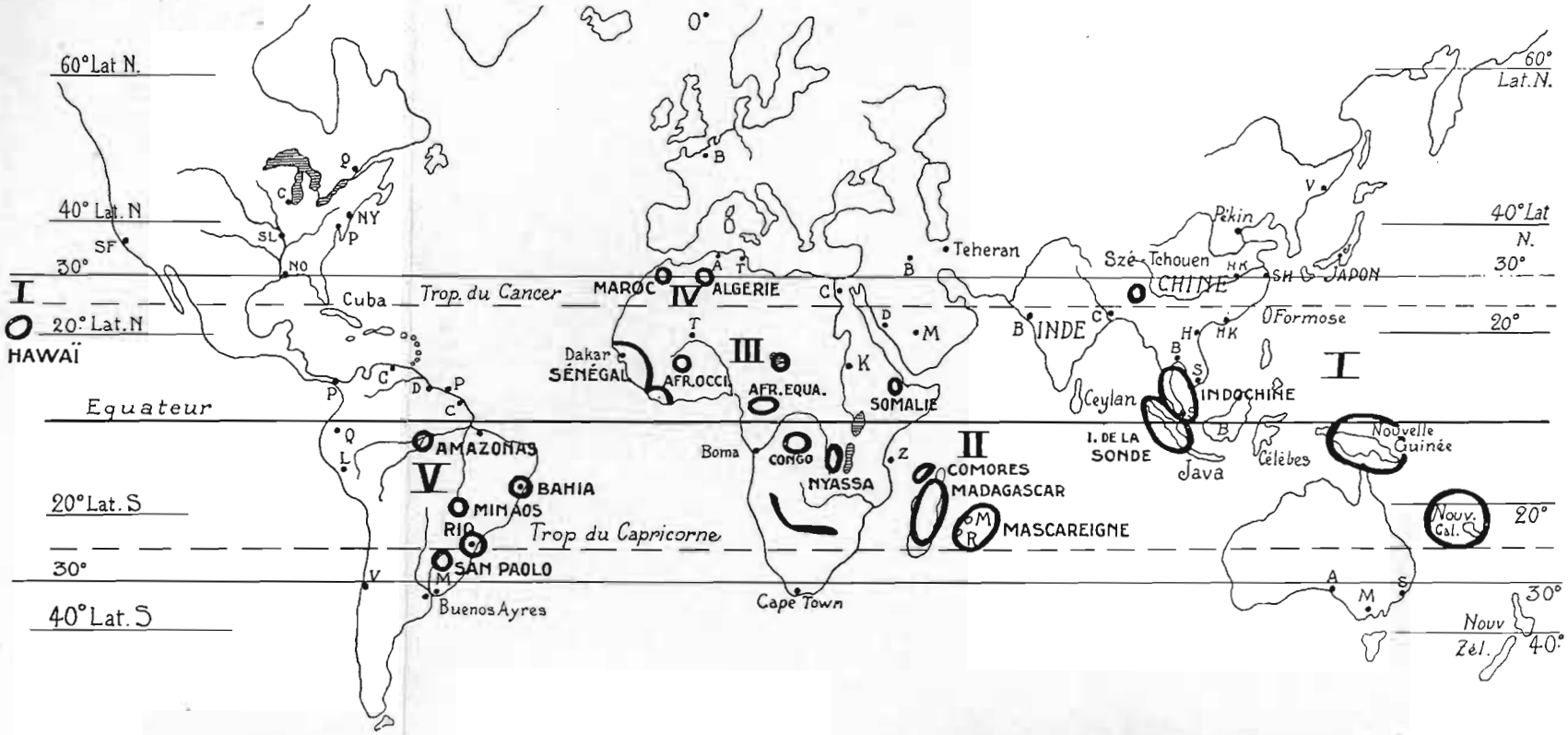
Si les deux cas européens autochtones de De Quervain et de Gougerot permettent d'affirmer qu'en Europe, on ne voit pas d'autres causes possibles, il faut bien reconnaître que dès qu'il s'agit soit d'indigènes, soit d'Européens ayant vécu aux colonies, il n'est plus possible d'être affirmatif.

Pian ou syphilis? — La similitude des spirochètes, les séroréactions identiques dans leurs résultats pour ces deux maladies, la disparition de leurs symptômes, par l'iodure, les arsénobenzènes et le Bismuth, rendent actuellement la solution impossible. Mais de tous les faits que nous citons plus haut, nous croyons pouvoir conclure que, dans la plupart des cas, c'est l'une ou l'autre de ces affections qu'il faut incriminer, et non plus l'une d'elles seulement.

En ce qui concerne notre cas spécialement, s'il s'agissait d'un malade n'ayant jamais quitté l'Europe, nous conclurions à la syphilis. Mais devant un homme ayant vécu des années dans des régions pianisées, en l'absence de tout commémoratif syphilitique, avec une séroréaction identique à celle du pian, et un ensemble d'éléments de doutes que nous avons écrit en italiques dans le texte de l'observation, nous n'oserions pas poser un diagnostic décisif.

Il y aurait certes au point de vue social et moral une grande importance à être fixé pour sortir du dilemme, mais au point de vue du malade, grâce à l'identité thérapeutique de ces deux affections, le doute qui subsiste comporte des conséquences moins fâcheuses.

Photographie du coude gauche (face externe), tout au début du traitement.


60° Lat N.
40° Lat. N
30°
20° Lat. N
Equateur
20° Lat. S
30°
40° Lat. S
Trop. du Cancer
Trop du Capricorne
I
HAWAÏ
Cuba
SF
SL
NO
NY
P
C
Q
V
L
D
AMAZONAS
BAHIA
MINAOS
RIO
SAN PAOLO
Buenos Ayres
V
MAROC
ALGÉRIE
IV
Dakar
SÉNÉGAL
AFR. OCCI.
AFR. EQUA.
III
Boma
CONGO
NYASSA
Cape Town
SOMALIE
Z
II
COMORES
MADAGASCAR
MASCAREIGNE
Teheran
INDE
Ceylan
I. DE LA SONDE
Java
Célèbes
INDOCHINE
Szé-Tchouen
Pékin
CHINE
Formose
JAPON
Nouvelle Guinée
Nouv. Gal.
Nouv Zél.
60° Lat. N.
40° Lat N.
30°
20°
30°
40°