

Contribution à l'histopathologie du pian

PAR

Adolphe DUPONT et A. DUBOIS.

Le pian a joué naguère un rôle important dans la pathologie congolaise. Actuellement la plupart des foyers de cette affection sont en forte régression grâce au traitement spécifique, et en certaines régions autrefois très infectées (Népoko, par exemple), il devient rare de rencontrer encore des cas florides soit au dispensaire soit même en recensement médical de la population indigène.

Il nous a donc paru intéressant d'étudier l'histologie d'une affection destinée à se raréfier devant les progrès de l'hygiène, d'autant plus qu'en ces dernières années elle paraît avoir retenu l'attention d'un certain nombre d'auteurs.

A la fin de 1937 ont paru notamment deux mémoires importants : l'un français de Botreau-Roussel, Farges et Mlle Gauthier-Villars (1), l'autre américain de Ferris et Turner (2).

En ce qui concerne les manifestations cutanées les auteurs français (1) ramènent toutes les lésions du pian à la framboise secondaire, type fondamental dont les autres formes ne diffèrent d'après eux que par des variations accessoires. Les auteurs américains (2) au contraire signalent une gamme de lésions très différentes.

Nous avons examiné 25 biopsies cutanées provenant du Congo belge. Une partie a été récoltée par l'un de nous dans la région de Pawa. Une autre partie est due à l'obligeance des docteurs R. Van Breuseghem et J. Degotte, que nous tenons à remercier ici pour ces prélèvements et pour les observations cliniques.

Il était, évidemment, indispensable d'utiliser exclusivement des pièces dont l'identification ne laissait aucun doute.

Pour établir avec certitude le diagnostic de pian, il a été nécessaire de faire appel à divers critères.

Nous n'avons pas fait la recherche des tréponèmes. La fixation de certaines pièces par le liquide de Bouin rendait vaine toute tentative d'imprégnation argentique. Cette recherche ne donne d'ailleurs des résultats régulièrement positifs que dans les lésions primaires et secondaires, dont la nature est d'ordinaire évidente (*). Elle est souvent négative dans les lésions tardives, dont précisément le diagnostic peut rester hésitant.

L'aspect clinique de certaines lésions, telles que la framboise secondaire, est tellement caractéristique qu'à lui seul il permet le diagnostic.

D'autres types cliniques peuvent être confondus avec la lèpre ou la syphilis. En ce qui regarde la première de ces affections la positivité du Bordet-Wasserman et du Kahn et l'efficacité rapide d'un traitement d'épreuve arsénical permettent de l'éliminer à coup sûr. Ces tests sont par contre sans valeur pour la syphilis. Ici le commémoratif sera d'un grand prix. Les indigènes congolais distinguent parfaitement les lésions du pian de celles de la syphilis et l'interrogatoire fixe souvent le médecin sur l'existence de lésions antérieures et sur leur type. Par ailleurs, on se rappellera que la syphilis a une influence énorme sur la descendance, provoquant des avortements à répétition et marquant profondément les enfants qui naissent en vie. Le pian, au contraire, ne provoque point de troubles de la grossesse et laisse la descendance indemne.

Il est des cas où les critères que nous venons d'énumérer se sont avérés insuffisants. Ainsi en est-il notamment pour nos gommes pianiques. Heureusement dans ces cas l'histologie était si différente de tout ce que nous connaissons dans la syphilis qu'il ne pouvait être question de rattacher à celle-ci de pareilles lésions.

(*) Le diagnostic de lésion primaire se basera sur la coexistence fréquente de lésions secondaires et l'action du traitement.

Nos constatations se rapprochent beaucoup de celles de Ferris et Turner (2) en ce qui concerne la structure histologique des lésions du pian; elles diffèrent, par contre, en ce qui regarde la similitude entre les lésions du pian et la syphilis.

Nous allons esquisser une série de tableaux histologiques que nous avons individualisés au cours de l'examen de notre matériel. Comme l'ont fait Ferris et Turner nous placerons ces types en regard des lésions syphilitiques qui s'en rapprochent le plus et nous chercherons les critères permettant de distinguer l'une de l'autre ces deux maladies. Nous recherchons enfin les différences qui séparent diverses lésions pianiques de certaines formes de la lèpre.

Nous ne possédons qu'une seule biopsie d'accident pianique primaire, encore l'observation clinique laisse-t-elle planer quelques doutes à son sujet.

Ezio, femme du village de Mobangaka, âgée de quinze ans, présente une lésion du poignet gauche de 3 cm. sur 3 cm., datant de 15 jours, et une autre lésion toute récente, située sur la fesse gauche. La lésion du poignet (voir la photo n° 1) a les caractères d'une ulcération. Le Kahn est + + +. Sous l'action du traitement spécifique les deux lésions guérissent rapidement mais laissent une cicatrice.

Nous insistons sur le caractère ulcéreux de cette lésion, ce qui est conforme aux conceptions de beaucoup d'auteurs. Sans doute, on trouve des descriptions de « Mamabuba » ayant l'allure des pianides secondaires en plus volumineux, mais il semble s'agir là d'une transformation tardive d'une lésion primaire en élément secondaire.

Nous nous rallions (3) aux descriptions de Montel (4) et de Williams (5), qui donnent la photographie de lésions primaires ulcéreuses coïncidant avec l'éruption secondaire.

Une biopsie de la lésion du poignet a été prélevée en bordure de l'élément; elle intéresse le bourrelet périphérique et la partie la plus externe de l'ulcération (fig. 1).

Cet accident primitif apparaît au microscope comme une papule dermo-épidermique dont la portion centrale a été nécrosée et a fait place à une ulcération. Fait digne de remarque,

l'infiltration cellulaire est discrète, alors que la modification de l'épiderme est très accusée.

Les lésions dermiques présentent deux zones d'aspect très différent.

Les papilles du derme sont le siège d'une congestion intense qui se traduit par une dilatation considérable des vaisseaux et l'issue d'un flux œdémateux extrêmement abondant entraînant avec lui un certain nombre d'éléments figurés : polynucléaires, lymphocytes, histiocytes.

La partie inférieure du derme papillaire est envahie par des éléments inflammatoires étroitement serrés les uns contre les autres. Ceux-ci forment une traînée continue dans la partie centrale de la lésion; vers la périphérie ils ne constituent plus que des nids d'importance variable, séparés les uns des autres. Le lymphocyte est le plus important de leurs constituants. On y trouve aussi des éléments réticulés et des histiocytes souvent chargés de granulations pigmentaires et de rares plasmocytes.

Le chorion est à peu près indemne de lésions. Tout au plus voit-on, de-ci de-là, autour d'un vaisseau communiquant un très petit amas de cellules inflammatoires.

L'épiderme réagit vis-à-vis de l'inflammation par un allongement et un épaississement de ses crêtes qui s'accroissent de la périphérie de la lésion vers le centre. A un moment donné, il prend un aspect franchement végétant et pousse vers la profondeur de longues expansions irrégulières anastomosées entre elles. Peu altéré dans sa texture en bordure de la lésion, il est fortement attaqué vers le centre. Des polynucléaires pénètrent dans le corps muqueux au-dessus des papilles dermiques et y creusent des pertuits bientôt envahis par l'œdème. Ainsi, peu à peu, sous l'action combinée des éléments migrants et du liquide d'exsudation, l'épiderme se désagrège et se nécrose. Une ulcération se constitue. Il est à remarquer que ce processus ulcératif n'atteint que les portions de l'épithélium qui recouvrent les papilles dermiques; les crêtes épidermiques ne sont guère touchées et on les retrouve jusque dans le fond de l'ulcération. Dans toute la partie altérée de l'épiderme les cellules pigmentaires rameuses ont complètement disparu.

Notre série de lésions pianiques secondaires est beaucoup plus riche.

Comme celles de la syphilis les éruptions secondaires du pian possèdent deux caractères fondamentaux : elles sont disséminées, multiples et elles sont résolutives, ne laissant après elles que des taches pigmentaires noires qui s'atténuent et disparaissent. Elles revêtent des aspects variés : taches de dimensions variables parfois légèrement saillantes, desquamant quelque peu ; papules isolées ou groupées en amas, framboises apparaissant en peau saine ou se développant aux dépens d'éléments des types précédents.

La forme maculeuse et micropapuleuse manquent dans notre série. Nous ne possédons que des biopsies de framboises débütantes ou typiques et d'éléments circinés analogues d'apparition plus tardive. Il nous paraît inutile d'insister sur l'aspect clinique bien connu de ces lésions.

Au microscope les pianomes secondaires framboesiformes offrent l'aspect de papules dermo-épidermiques comme l'accident primitif. Ils diffèrent de celui-ci par de multiples caractères.

Nous avons la chance de posséder une lésion de ce type encore tout au début de son évolution ; grâce à cette pièce, il nous est possible de concevoir le mécanisme de l'édification de la framboise (fig. 2).

Voici en bref l'observation clinique :

Gugbo, lépreux du type Na (lèpre stabilisée avec mutilations) présente sur tout le corps, spécialement le tronc, un semis de nombreuses papules de 2 à 3 mm. de diamètre, légèrement croûteuses. L'enlèvement de la croûte fait apparaître une surface quelque peu papillomateuse. C'est l'aspect typique du pian secondaire framboesiforme débütant. Les antécédents du malade sont obscurs. Le Kahn est fortement positif et le traitement par le 914 a une action très rapide sur les manifestations cutanées.

La lésion qui s'est développée autour d'un follicule pileux est constituée par une bande d'infiltration inflammatoire localisée dans les portions les plus élevées du derme et recouverte par un épithélium en état d'hyperacanthose modérée.

Les altérations du tissu conjonctif rappellent par certains caractères celles que nous avons décrites dans l'accident primitif. Comme dans celui-ci elles sont strictement localisées au derme papillaire. On retrouve l'œdème de la pointe des papilles dermiques mais plus discret, la dilatation des vaisseaux et l'infiltration de la partie profonde du derme papillaire par des cellules inflammatoires. L'infiltrat est ici beaucoup plus important. Dans la région centrale de la papule il forme une bande continue; dans les parties périphériques, il constitue des îlots plus ou moins distants et de volume variable.

Plus compact que dans la lésion primaire, il est encore formé en majeure partie par des lymphocytes mais le plasmocyte y prend une place plus importante. On y trouve encore des éléments réticulés et de nombreux histiocytes plus ou moins chargés de granulations pigmentaires.

L'épithélium à ce stade initial de la lésion secondaire est beaucoup moins modifié que dans le pianome primaire. Il présente une hyperacanthose d'importance moyenne limitée aux crêtes épidermiques. Dans les portions latérales de l'élément le corps muqueux hyperplasié apparaît parfaitement sain; au centre, par contre, ses portions suprapapillaires sont envahies par des polynucléaires qui creusent entre les éléments malpighiens des cheminées. Le long de celles-ci d'autres cellules inflammatoires et le liquide qui imbibe le derme montent jusque sous la couche cornée, et en s'y accumulant dissolvent et détruisent les couches épidermiques les plus élevées. Ainsi se forme dans la partie centrale de la papule une sorte d'évidement en cupule que remplit une squame-croûte faite d'un coagulum fibrineux parsemé de micro-abcès à polynucléaires.

Dans toute l'étendue de l'élément la pigmentation de l'épithélium est fortement réduite. En certains endroits de rares mélanoblastes rameux existent encore; ailleurs ces cellules ont complètement disparu.

Dans les pianomes secondaires plus évolués (framboesia classique) on retrouve les lésions que nous venons d'esquisser mais beaucoup plus accusées. Ce sont d'énormes papules formées par une infiltration inflammatoire dermique toujours

superficielle mais très étalée et très compacte et par une hypertrophie monstrueuse des crêtes épidermiques qui prennent parfois une allure végétante (fig. 3).

L'infiltrat dermique occupe toujours exclusivement le derme papillaire. Il constitue une large bande continue sur toute la largeur de l'élément. Le plasmocyte occupe maintenant la première place; les lymphocytes et les histiocytes mélanophores ou non sont en nombre très variable.

Tandis que l'infiltration cellulaire augmente, l'inhibition du tissu conjonctif par le liquide d'œdème diminue et la congestion des vaisseaux est moins accusée.

Du côté de l'épiderme les deux lésions qui apparaissent déjà si nettement dans le pianome jeune sont ici portées à leur paroxysme. Les crêtes sont non seulement très allongées, mais elles se ramifient en de véritables végétations, leur structure intime demeurant inaltérée. La migration des polynucléaires à travers certaines régions du corps muqueux se fait plus intense sans, cependant, détruire le plus souvent celui-ci. Par contre la squame-croûte superficielle s'est considérablement élargie par suite de la formation de nouveaux foyers d'envahissement de l'épiderme par les cellules inflammatoires et elle s'est épaissie par l'addition de couches nouvelles.

Dans certaines pièces une exulcération apparaît comme conséquence de la destruction des portions suprapapillaires de l'épithélium par un flot particulièrement intense de cellules migratrices.

*
**

Le pian donne naissance avec une certaine fréquence à des lésions de type tertiaire à caractère gommeux ou tuberculo-ulcéreux. Là encore, il y a un parallélisme très net avec la syphilis. Ces lésions ont été signalées dans tous les pays où règne le pian. Hallenberger au Cameroun (6) et Van Nitsen (7) au Congo belge leur ont consacré de bonnes études; le premier auteur donne en particulier de nombreux documents histologiques. Plus récemment Strong et Shattuck (8) sont revenus sur cette question.

Nous ne possédons que deux observations de lésions de cet ordre. Elles sont très démonstratives d'ailleurs.

La première est celle d'une femme adulte, Aliabuta. Cette malade présente aux deux avant-bras de nombreuses nodosités fermes parmi lesquelles certaines présentent une ulcération à bords taillés à pic; elle porte, en outre, au dos un élément circiné papulo-croûteux. Le diagnostic de gommès s'impose. L'aspect de ces lésions ne permet point de dire s'il s'agit de manifestations pianiques ou syphilitiques. Le commémoratif n'éclaircit point le problème. La malade nie toute atteinte antérieure de pian aussi bien que de syphilis. Elle ne connaît pas d'hérédité syphilitique dans sa famille. Son seul enfant est mort-né. Par contre, le Kahn est fortement positif et le traitement spécifique (914-Bismuth) a une action immédiate sur les lésions. L'examen microscopique des biopsies permet d'éliminer de façon indiscutable la syphilis. La nature pianique de l'affection paraît donc certaine.

Deux prélèvements ont été exécutés.

Une première biopsie a intéressé une nodosité dans sa totalité. Déjà à l'œil nu on distingue dans le tissu cellulaire sous-cutané un nodule compact de la grosseur d'un pois accolé à la face profonde du chorion. Au microscope on constate que ce nodule constitue la partie principale des lésions. Il présente une structure qui fait penser à un énorme follicule tuberculoïde. Toute sa portion centrale, qui représente les neuf-dixièmes de sa masse, est formée par une nappe dense et homogène de cellules épithélioïdes, parsémée de cellules géantes du type Langhans, isolées ou groupées en petits amas. De-ci de-là, ces cellules subissent une caséification plus ou moins complète. Au milieu de cette masse on reconnaît d'assez nombreux capillaires parfaitement sains.

Autour de ce noyau épithélioïde central, des traînées discontinues de lymphocytes et de plasmocytes forment une couronne. Cet infiltrat de cellules rondes pousse des prolongements, qui vont en s'amincissant de plus en plus, le long des vaisseaux dans les tissus qui entourent le nodule, en particulier dans le derme sus-jacent.

L'épiderme qui recouvre la lésion est intact (fig. 4).

Une seconde biopsie montre un processus inflammatoire identique à celui que nous venons de décrire mais qui s'est déve-

loppé à la fois dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans le derme. Un énorme nodule s'étend depuis la partie la plus élevée de l'hypoderme jusqu'à l'épiderme qu'il détruit. Comme le nodule de la pièce précédente, il comporte un noyau central fait de cellules épithélioïdes et de cellules géantes et un halo périphérique de lymphocytes et de plasmocytes. Dans sa portion dermique ce tissu inflammatoire a détruit de façon à peu près complète le collagène du chorion.

Au milieu de la nappe de cellules épithélioïdes on reconnaît une grosse veine dont la paroi est à peu près intacte mais dont la lumière est presque entièrement comblée par un gros bourgeon de cellules épithélioïdes (fig. 5).

A côté du nodule principal existe en plein derme un deuxième noyau d'infiltration de volume beaucoup moindre mais dans lequel on retrouve encore la même structure. C'est manifestement une lésion débutante.

La seconde observation est celle d'un vieillard. Bameso, sans antécédents personnels ou familiaux syphilitiques mais ayant eu le pian. Kahn + + +. Le malade portait sur le bras et le tronc de petites nodosités rarement exulcérées et qui au tronc se disposaient en cercle. Le traitement (arsénobenzène) commencé avec un succès manifeste, dut être interrompu en raison de l'âge du malade.

Au microscope on voit ici encore un nodule allongé occupant les deux tiers supérieurs du chorion.

Il comporte la nappe centrale de cellules épithélioïdes et de cellules géantes et le halo externe de lymphocytes auxquels se mêlent cette fois fort peu de plasmocytes mais d'assez nombreux polynucléaires neutro- et éosinophiles.

*
* *

On peut observer chez les malades touchés par le pian des lésions tardives qui ne sont pas sans analogies avec les syphili- des quaternaires, encore appelées par certains auteurs secondaires tardives. De ces dernières elles ont le caractère superficiel, non ulcéreux; comme elles, elles sont résolutives et disparaissent sans laisser d'autres traces qu'une macule pig-

mentaire plus ou moins durable. Elles sont moins nombreuses et plus localisées que les lésions secondaires banales.

La plupart des lésions de cet ordre dont nous avons pu étudier des biopsies se présentaient comme des formations papuleuses, à disposition assez fréquemment circinée. Leur aspect fait penser à certaines formes de lèpre tuberculoïde. Il conviendra d'éviter la confusion.

Voici quelques observations cliniques :

Gugbai (observation première due au docteur Van Breuseghem) jeune homme, présente de l'hyperkératose palmaire, une nodosité juxta-articulaire tronchantérienne, et des taches polycycliques à bord papuleux et à centre noir. Le malade a eu le pian pendant son enfance. Aucun signe de lèpre. La réaction de Kahn est fortement positive. Le traitement spécifique à une action nette sur les lésions. Revu 2 ans après par l'un de nous, le sujet ne présente ni lésions de pian, ni signes de lèpre. (Photo n° 2) Biopsie au pli du coude gauche (fig. 6).

Batugbane, homme adulte, a eu le pian dans son enfance et n'a pas été traité. Il nie la syphilis. Il présente des lésions de types divers: à la paume de la main gauche une kératose ponctuée, au dos de la main des taches dépigmentées, à la face antérieure de l'avant-bras gauche une nappe dépigmentée et hyperkératosique à bords sineux, au tiers inférieur de la jambe une série de papules de teinte jaunâtre enchâssées dans le derme, disposées en demi-cercle (biopsie). Réaction de Hecht positive, réaction de Kahn négative. Influence rapide du traitement spécifique sur les lésions. Aucun signe de lèpre.

Taboy, adulte. Stigmata pianiques: hyperkératose palmaire, taches décolorées au dos des mains. Taches aux jambes et bras rappelant des léprides tuberculoïdes. Le traitement au 914 et Bismuth fait disparaître les lésions. Un réexamen ultérieur (1 an) du sujet fait constater qu'il reste guéri et n'est pas lépreux (fig. 7).

Nos biopsies ont intéressé des éléments à des stades divers de leur développement. Il nous est donc aisé de décrire la formation de ces lésions.

Dès leur apparition elles possèdent les traits essentiels de leur physionomie. Seules se modifieront l'importance et la constitution des infiltrats inflammatoires.

Les lésions commencent par l'apparition de quelques amas de cellules inflammatoires, des lymphocytes et des histiocytes, dans un territoire limité du derme papillaire et la partie supé-

rieure du chorion et parfois aussi le long des vaisseaux communicants qui commandent ce territoire. Très tôt l'épiderme qui recouvre la zone atteinte réagit par une très légère hypertrophie de ses crêtes et par un appauvrissement de sa pigmentation. Parfois la kératinisation est troublée et on voit se former une squame parakératosique (fig. 6).

Peu à peu les îlots d'infiltration augmentent d'importance et se rapprochent les uns des autres sans toutefois se fusionner. En même temps un type cellulaire nouveau apparaît dans l'infiltrat, la cellule épithélioïde. Celle-ci prend rapidement le pas sur les lymphocytes. Souvent quelques cellules géantes se montrent çà et là. Ainsi s'édifie une papule presque purement dermique.

Dans l'élément arrivé à son complet développement, on voit immédiatement au-dessous de l'épiderme une bande d'infiltration peu épaisse mais assez allongée formée d'un certain nombre de nodules plus ou moins rapprochés, parfois accolés les uns aux autres. De sa face profonde se détachent souvent une ou plusieurs expansions, en général peu importantes, qui s'enfoncent dans la profondeur du chorion le long des vaisseaux communicants. L'infiltrat est constitué, en majeure partie, par des cellules épithélioïdes. On y voit quelques cellules géantes, des histiocytes chargés de pigment et en bordure des traînées de lymphocytes. L'épiderme est légèrement soulevé et forme une saillie bombée d'ailleurs très peu accusée. Il est maintenant aminci par suite de la distension provoquée par l'augmentation de volume de l'infiltrat. En certains points la couche basale et les parties profondes du corps muqueux sont dissociées par les lymphocytes. La richesse de l'épithélium en mélanoblastes rameux est fort variable.

A côté de ces lésions papuleuses on observe parfois des manifestations beaucoup plus discrètes. Ce sont de simples taches planes tantôt décolorées, tantôt hyperpigmentées.

Citons quelques observations cliniques :

Eponza, femme adulte, présente aux avant-bras de petites taches hypochromes, jaunâtres, planes, circulaires, se fusionnant en certains points en nappe irrégulière. Absence de signes de certitude de la lèpre. Syphilis

niée. Pian déclaré. Hecht et Kahn + + +. Action nette du traitement au 914. Revue guérie quelques mois après.

Esasa, jeune homme, présente sur l'avant-bras et le bras gauche (biopsie), la cuisse et la fesse gauches de nombreuses taches, lisses, noires. Kahn + + +. Syphilis niée. Revu 2 ans après traitement: en guérison — aucun signe de lèpre.

Yakwatani, homme âgé de 18 ans, ayant eu le pian dans l'enfance. Pianide au pli du coude plissée longitudinalement, 3 cm. sur 3 cm., hyperpigmentée. Kahn: négatif (fig. 8).

Gengo, homme adulte, déclare avoir eu le pian dans l'enfance. Il n'a pas été traité. Au flanc droit, sur les pieds, les mains, la jambe droite on note des taches de dimensions variées, de teinte cuivrée ou ivoirine (cette dernière teinte se remarque surtout aux mains et pieds). Hyperkératose palmaire. Kahn positif.

Les altérations histologiques sont dans ces cas, elles aussi, peu accusées. On note uniquement dans le derme papillaire et la partie voisine du chorion un infiltrat en bande très clairsemé et formé, presque exclusivement, par des lymphocytes. L'épiderme est peu ou point modifié, parfois quelque peu aminci. Il n'est pas rare de constater en quelques points de la lésion une migration du pigment dans le derme.

*

**

Abordons maintenant le problème des rapports du pian et de la syphilis dans le domaine de l'histo-pathologie.

Les lésions du pian sont-elles superposables à celles de la syphilis, comme le prétendent Ferris et Turner? Nous ne le pensons pas et notre maître le Docteur Civatte a confirmé pleinement notre impression.

En ce qui regarde le pian primaire il serait, évidemment, imprudent de tirer des conclusions définitives de l'examen d'un seul cas. Faisons remarquer, cependant, que nos constatations sont conformes sur ce point aux données classiques et en particulier aux descriptions de Ferris et Turner.

Pour autant donc que l'on en puisse juger, d'après la biopsie que nous possédons, il n'existe aucun trait commun entre le pian primaire et le chancre syphilitique. A la place du syphi-

lome primaire si dense et si épais nous ne trouvons qu'une infiltration superficielle, de densité faible et de constitution très banale. Tandis que dans le chancre l'épiderme se laisse éroder sans manifester aucune réaction, dans le pian il s'hypertrophie de façon intense, donnant naissance à d'abondantes végétations. C'est secondairement qu'il est dissocié en certains points par les cellules inflammatoires et qu'une ulcération se produit.

De toutes les lésions pianiques c'est la framboise secondaire qui possède dans la syphilis l'homologue le plus ressemblant. On ne peut nier qu'il existe beaucoup d'analogie entre la framboise et le condylome syphilitique. Certaines différences nous paraissent, cependant, permettre de distinguer les deux lésions.

De part et d'autre, nous trouvons la prolifération exubérante de l'épithélium, l'infiltrat dense dans lequel prédomine, au moins dans l'élément évolué, le plasmocyte, l'envahissement des couches superficielles de l'épiderme par les polynucléaires avec formation d'une squame croûte. Mais dans le pian l'infiltrat inflammatoire est ramassé; il ne dépasse guère vers le bas les limites du derme papillaire et présente une limite nette presque horizontale. Il n'envoie dans le chorion que des expansions peu fournies. L'infiltrat du condylome syphilitique est plus étendu; le plus souvent il se prolonge loin dans le chorion en engageant tout l'appareil vasculaire de celui-ci.

Ainsi que nous le signalions déjà à propos de l'accident primitif le pian a une tendance à créer des lésions de surface, volontiers exubérantes; la syphilis mord beaucoup plus profondément le derme et ne provoque qu'accessoirement, et dans certaines conditions seulement, une réaction marquée de l'épithélium. Rappelons que les syphilides papuleuses hypertrophiques ne se rencontrent que dans les régions où la peau est macérée.

Pour ce qui regarde la gomme pianique la confusion n'est vraiment pas possible avec la lésion syphilitique correspondante.

Ce qui frappe avant tout dans la gomme pianique, c'est la prédominance extrêmement marquée, on pourrait presque dire l'exclusivité, de l'élément épithélioïde dans l'infiltrat. Les cel-

lules inflammatoires banales, lymphocytes et plasmocytes, ne jouent ici qu'un rôle tout à fait accessoire. C'est tout l'opposé dans la gomme syphilitique où le plasmocyte au début, et plus tard le lymphocyte, domine complètement le tableau.

Dans la gomme syphilitique il existe toujours des lésions vasculaires importantes aboutissant à la destruction complète de la paroi des vaisseaux dont il ne reste plus finalement que le squelette élastique et à la constitution d'un bloc de sclérose. Nous avons signalé l'allure différente des altérations vasculaires dans la gomme pianique. Les masses épithélioïdes s'infiltrèrent entre les éléments de la paroi sans les détruire et peu à peu comblent la lumière du vaisseau.

Si la gomme pianique ressemble peu à la gomme syphilitique, elle a au contraire de très grandes analogies avec la sarcoïde de Darier-Roussy et tout particulièrement avec ces sarcoïdes nodulaires que l'on considère comme des formes atypiques de l'érythème induré de Bazin.

Les lésions papuleuses tardives avec leur infiltrat si superficiel n'ont point d'homologue dans la syphilis secondaire ni tertiaire, dont les lésions s'enfoncent toujours plus ou moins profondément dans le chorion. C'est dans les manifestations syphilitiques, dites quaternaires ou secondaires tardives, que l'on peut seulement trouver pareils infiltrats respectant la quasi-totalité du chorion.

La constitution de l'infiltrat est, par contre, très différente de ce que l'on observe dans les syphilides quaternaires. Il est rare, en effet, de trouver dans celles-ci des formations d'allure tuberculoïde. Le plus souvent les nodules inflammatoires sont formés exclusivement par des éléments banaux.

Enfin, les macules tardives avec leur infiltrat superficiel, en bande, clairsemé, font penser à ces syphilides quaternaires atypiques que Civatte a décrites (9). Il est, certes, malaisé de trouver des différences entre ces lésions si discrètes.

*
* *

Il est des formes cliniques du pian tardif qui ont de grandes analogies avec certains aspects de la lèpre. Au microscope les

deux types de lésions peuvent, à un examen superficiel, être confondus. Il convient d'insister quelque peu sur les caractères qui permettent de différencier les deux affections.

Si la confusion est possible, c'est surtout à cause de la constitution similaire des nodules d'infiltration. De part et d'autre, on voit des amas de cellules épithélioïdes parsemés de cellules géantes plus ou moins abondantes. Une étude quelque peu attentive de la topographie de l'infiltrat inflammatoire permet de saisir entre les nodules du pian et ceux de la lèpre des différences fondamentales.

Dans la lèpre on observe un envahissement diffus de tout le chorion; les traînées de cellules inflammatoires enveloppent les différentes branches de l'appareil vasculo-nerveux cutané depuis le derme papillaire jusqu'au réseau planiforme sous-dermique. Par contre, l'infiltrat n'attaque pour ainsi dire jamais l'épithélium. L'infiltration dans les petits filets nerveux est propre à la lèpre.

Le pian, au contraire, donne naissance à des lésions très ramassées. Ce sont des papules dermiques superficielles dont l'infiltrat situé dans le derme papillaire et la partie la plus élevée du chorion au contact immédiat de l'épiderme, comporte un gros nodule central entouré d'un halo de petits amas inflammatoires de plus en plus discrets et de plus en plus distants à mesure que l'on s'écarte de l'axe de la lésion. Les cellules inflammatoires débordent souvent sur l'épithélium qu'elles dissocient par endroits.

En résumé, si de part et d'autre l'infiltrat est franchement tuberculoïde; dans la lèpre il a une allure nettement infiltrante tant en profondeur que latéralement, tandis que dans le pian il reste très superficiel et a une tendance à se ramasser en une formation nodulaire assez compacte.

*
**

Certains auteurs sont enclins à admettre, qu'à de rares exceptions près, la plupart des affections inflammatoires chroniques affectent au microscope des aspects voisins les uns des autres et malaisément séparables.

Notre maître Civatte a admirablement précisé les caractères propres de l'histologie de la syphilis dans son bel article de l'Encyclopédie médico-chirurgicale (9).

Nous nous sommes efforcés d'accomplir un travail analogue pour le pian; nous aurions souhaité disposer d'un matériel plus étendu et plus parfait, mais celui-ci ne peut actuellement être facilement rassemblé et nous avons dû baser nos conclusions sur un nombre relativement faible de cas.

Néanmoins, en ce qui nous regarde, nous avons retiré de nos recherches l'impression nette qu'une étude attentive permet de distinguer dans l'immense majorité des cas les lésions du pian de celles de la syphilis ou de la lèpre.

Nous espérons avoir décrit dans le présent travail les images observées par nous avec assez de netteté pour faire partager notre conviction par nos lecteurs.

Samenvatting. — Schrijvers hebben de histopathologie bestudeerd van een zeker aantal weefselstukken genomen uit letsels bij negerpatienten, uit Congo, leidende aan Framboesia. Ze hebben beschikt over « biopsies » van 1 primair affect, 4 secondaire letsels en 20 van meer latere stadia der dermatose. Wat het primair affect betreft, gezien er maar een enkel stuk kan worden onderzocht, besluiten met voorzicht de schrijvers dat de door hun gevondene afwijkingen overeen komen met diegene door andere beschreven, te weten: dermo-epidermische papula, met uitgesprokene acanthose en vormen van ulcus.

Voor het secondaire stadium bestond hun materiaal, uitsluitelijk uit min of meer ontwikkelde « papillae » waarin ze het klasisch beschreven beeld hebben gevonden: hyperacanthose, intra-epidermische abcessen, epidermische crusta, infiltratie van lymphocyten en plasmocyten, welke niet verder als het papillair gedeelte van de cutis binnendingen.

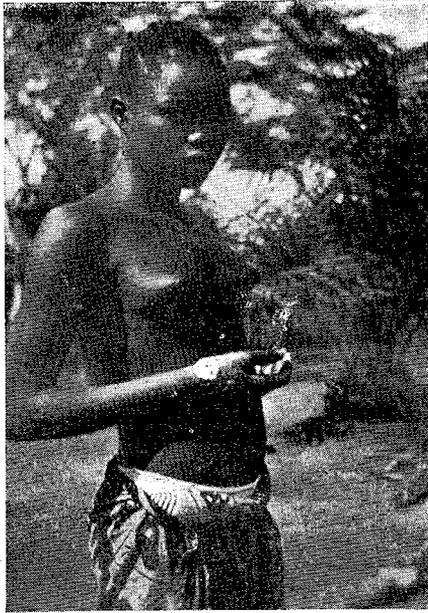
De andere letsels (tertiaire) vertoonen infiltraten rijk aan epithelioïde cellen met enkele reuzencellen.

De nog oudere zijn of wel min of meer tuberculoïde, of bestaan uit een gewoon en bescheiden infiltraat.

De histologische verschillen tusschen Framboesia, Syphilis en Lepra worden besproken.

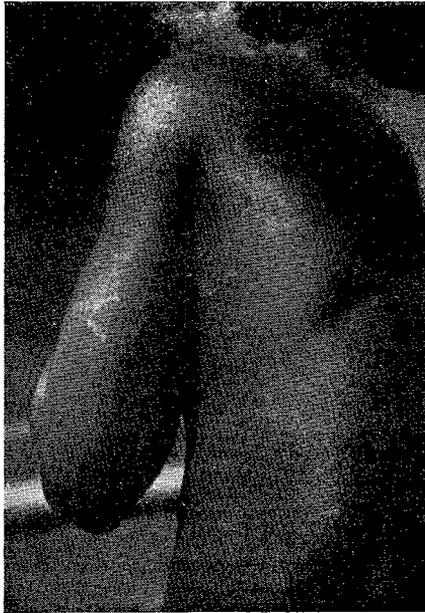
BIBLIOGRAPHIE

1. BOTREAU-ROUSSEL, FARGES et Mlle GAUTHIER-VILLARS. — « Annales d'Anatomie Pathologique », 1938.
 2. H. W. FERRIS et Th. B. TURNER. — « Archives of Pathology », 1937.
 3. DUBOIS. — « Revue Médicale de Louvain », 1940, n° 11.
 4. MONTEL. — « Bulletin de la Société de Pathologie Exotique », 1928.
 5. WILLIAMS. — « Archives of Pathology », 1935.
 6. HALLENBERGER. — « Beihefte zum Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene », 1916.
 7. VAN NITSEN. — « Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale », 1920.
 8. STRONG et SHATTUCK. — « The African Republic of Liberia and the Belgian Congo », Harvard University Presse, 1930.
 9. CIVATTE. — Anatomie Pathologique générale de la Syphilis. « Encyclopédie Médico-Chirurgicale », Paris, 1934.
-



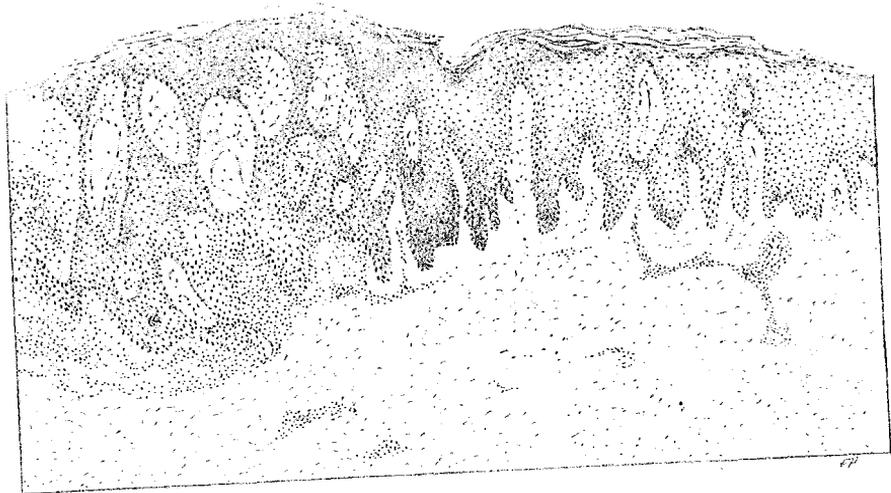
(Photo Dr Vanbreuseghem.)

Photo I. — Pian primaire — Ezio (Pawa).



(Photo Dr Vanbreuseghem.)

Photo II. — Ngugbay (Pawa).
Cas de Pian tardif, d'allure léproïde.
(Macule de type tuberculoïde circonée au bras).



40/1

Fig. 1. — *Accident pianique primaire.* (Ezio).

Au niveau des papilles dermiques dilatation considérable des vaisseaux, œdème intense et infiltration cellulaire discrète. Au-dessous de l'épiderme infiltration en bande de densité moyenne. — Hyperacanthose marquée de l'épiderme. Début d'ulcération visible à l'extrémité gauche du dessin.

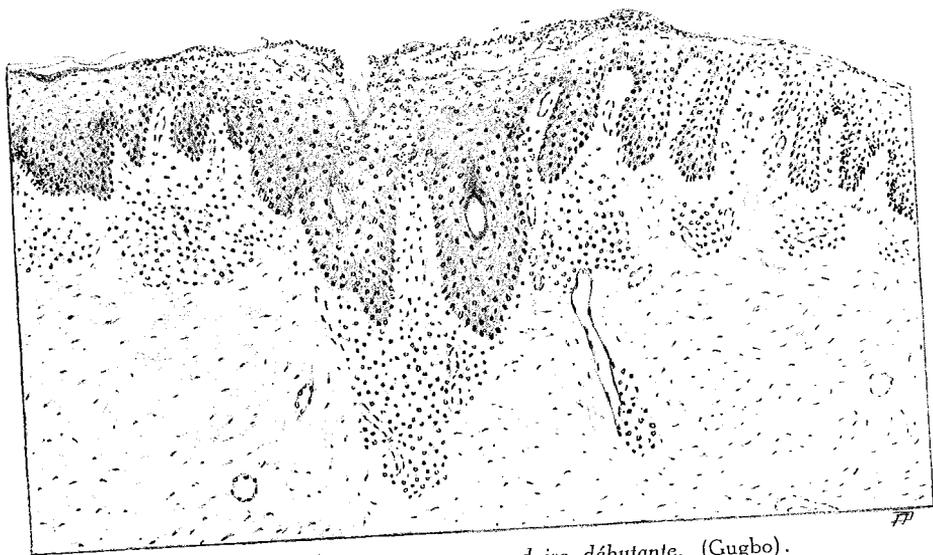


Fig. 2. — *Lésion pianique secondaire débutante.* (Gugbo).

Un infiltrat inflammatoire, constitué en majeure partie par des lymphocytes, occupe presque exclusivement le derme papillaire. Au sommet des papilles il s'accompagne d'une exsudation œdémateuse assez abondante. L'épiderme légèrement hyperacanthosique est traversé par des polynucléaires. Ceux-ci n'altèrent point les assises cellulaires profondes mais vont s'accumuler dans les couches superficielles qu'ils dissocient et nécrosent. Au centre de l'élément se forme un évidement en cupule que comble une squame-croûte infiltrée de polynucléaires.

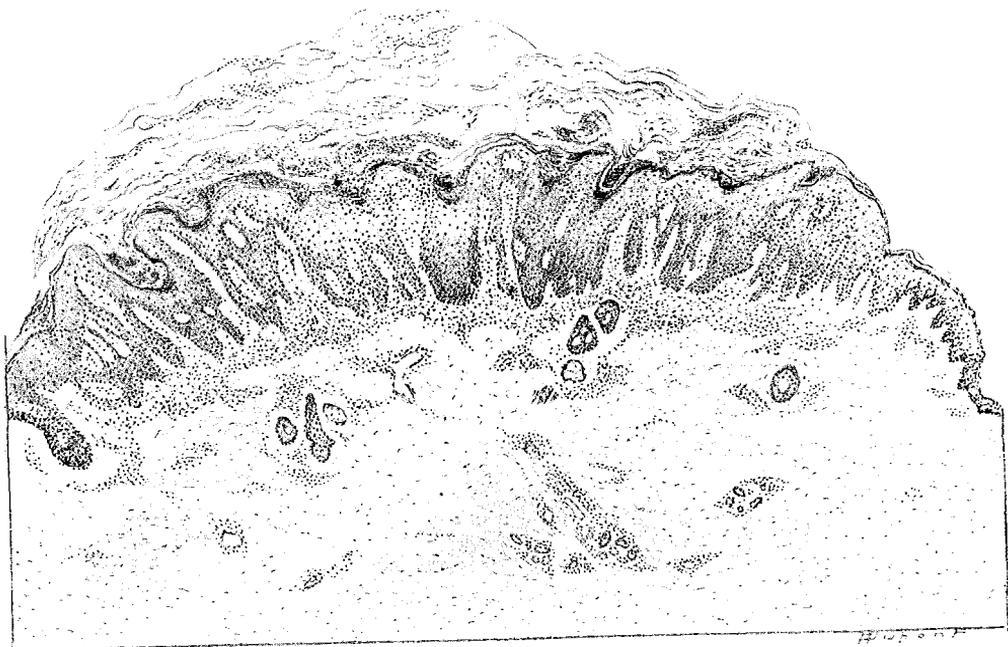


Fig. 3. — Lésion pianique secondaire ayant atteint son entier développement.

C'est une large papule dermo-épidermique. Un infiltrat dense constitué principalement par des plasmocytes a envahi le derme papillaire; il ne pousse vers la profondeur du chorion que des expansions discrètes. — L'épiderme a pris une allure végétante. A part une disparition totale des cellules pigmentaires (bien visibles dans les portions d'épiderme sain en bordure de la lésion) la structure de ses parties profondes n'est point altérée. En surface les couches granuleuse et cornée ont disparu et sont remplacées par une squame-croûte épaisse criblée de polynucléaires.

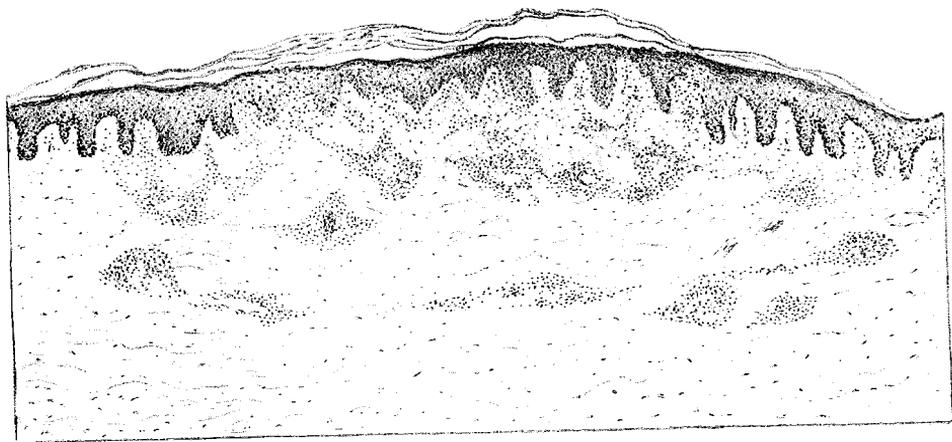


Fig. 6. — Lésion pianique tardive. Début (Gugbai).

Dans le derme papillaire et la portion haute du chorion on distingue une série d'amas inflammatoire constitués par des lymphocytes qui ont une tendance à confluencer pour former un nodule discoïde sous-épidermique. Au-dessus de cette zone enflammée l'épiderme présente une légère hypertrophie de ses crêtes. Sa pigmentation a complètement disparu.



Fig. 4. — *Gomme pianique*. (Aliabuta).

Epiderme et derme sont intacts. Dans l'hypoderme on voit un gros nodule qui est constitué en majeure partie par des cellules épithélioïdes. Point de nécrose ni de caséification.

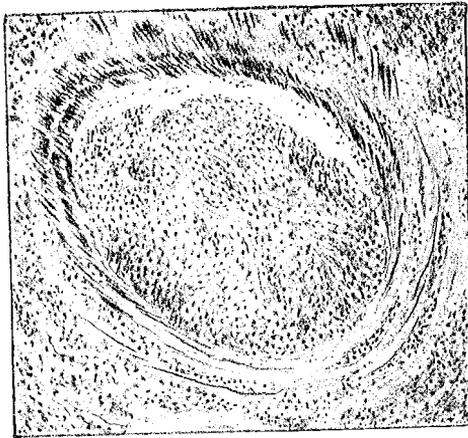


Fig. 5. — *Gomme pianique*.
Grosse veine envahie par l'infiltrat inflammatoire. (Aliabuta).

Contrairement à ce qui se passe dans la syphilis l'infiltrat inflammatoire, qui est formé en majeure partie par des cellules épithélioïdes, ne détruit pas la paroi du vaisseau mais s'infiltré entre les éléments conjonctifs et musculaires (ceux-ci sont nettement reconnaissables dans le dessin). Arrivés dans la lumière elles y continuent leur développement et peu à peu combent la cavité. — La constitution de l'infiltrat et le mode d'envahissement du vaisseau rappelle ce que l'on observe dans l'érythème induré de Bazin.

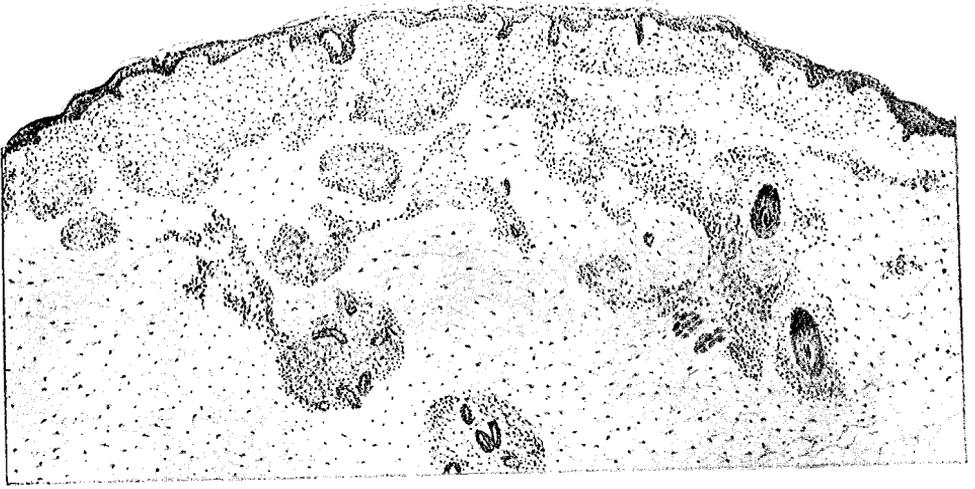


Fig. 7. — *Lésion pianique tardive plus évoluée.* (Taboy).

L'infiltrat toujours superficiel, forme ici une nappe continue. Il se compose d'une série de follicules tuberculoïdes avec quelques plasmodes plurinuclées de type Langhans. — L'épiderme est peu modifié dans le cas présent; sa pigmentation est à peu près intacte.

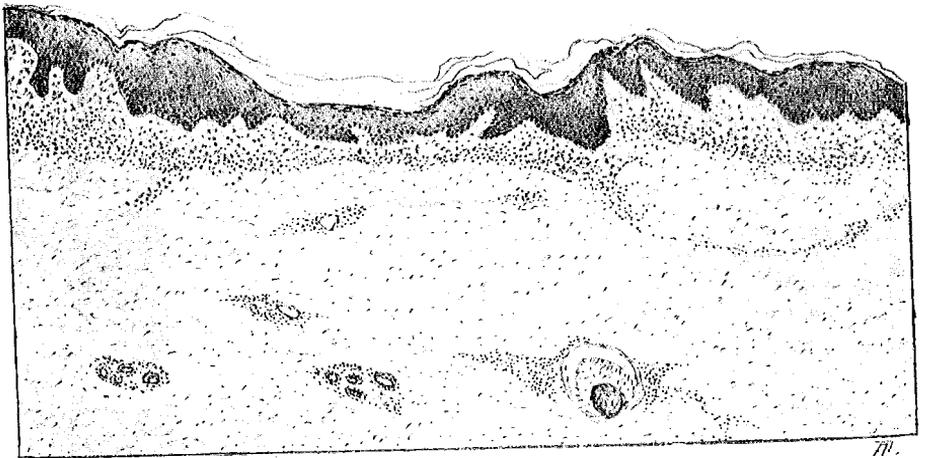


Fig. 8. — *Lésion pianique tardive rappelant la syphilide quaternaire anormale de Civatte* (Yakwatani).

Sous un épithélium quelque peu hyperplasié on remarque une nappe homogène de lymphocytes qui occupe une large étendue du derme papillaire. Sa limite inférieure est rectiligne; elle ne pousse point de racines dans le chorion.