

## A propos du " Pian "

Par Ch. NICOLAS.

Le pian, ou frambœsia (yaws des Anglais) improprement appelé « Touga » par les Canaques, est excessivement répandu parmi les onze mille cinq cents indigènes de l'archipel des Loyalty.

C'est de cette affection que l'on pourrait dire que tous l'ont, l'ont eue, ou l'auront. Cette affection frappe tous les sexes indistinctement, mais c'est avant tout une maladie de l'enfance, souvent de l'adolescence, parfois, mais rarement, de l'âge adulte. Elle est si fréquente que l'opinion populaire la considère comme nécessaire à la bonne santé ultérieure de l'individu.

Nous l'avons vu souvent débiter aux pieds et aux commissures labiales. Ce dernier siège est facilement explicable par l'habitude qu'ont les indigènes de tous âges de se passer de bouche en bouche la canne à sucre dont chacun ronge un morceau, de boire à même aux mêmes trous d'eau ou à la même calebasse. Pour expliquer le début par la face plantaire des pieds, il faut savoir que les indigènes vont pieds nus et se rappeler que le sol entier des îles est de formation madréporique. Presque partout les pointes de coraux affleurent le sol ou en émergent. Le Canaque de la Grande Terre, lui-même, habitué à marcher pieds nus, ne peut arriver à le faire aux îles qu'après plusieurs mois de douloureuse accoutumance.

En raison de l'anatomie spéciale de la plante du pied et de son aponévrose résistante et tendue, les tumeurs de pian sont particulièrement douloureuses à ce siège.

L'état du sol contribue à y entretenir les lésions pianiques. Il

en résulte que les malades, pendant des périodes de plusieurs mois, s'habituent alors à marcher en valgus ou plus souvent en varus et chez les tout petits cette attitude prolongée crée de véritables pieds bots, pieds bots facilement redressables quand ils sont à temps corrigés. Nous venons d'en corriger un par simples manœuvres manuelles, sans anesthésie, suivies d'un plâtre pendant 45 jours.

La durée de la maladie varie de trois mois à un an.

Il ne nous a pas été donné de constater des cas de mort par le pian, nous avons, au contraire, remarqué que les malades conservaient tout leur appétit et que la croissance des enfants n'en paraissait pas retardée. Deux fois seulement on me présenta des enfants avec des lésions buccales, qui me firent craindre une apparition de noma, mais que de simples lavages d'eau bouillie bicarbonatée firent disparaître.

Récemment (*Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1908), MM. LEVADITI et NATAN-LARRIER, d'une observation de pian faite sur un blanc, dans le Haut-Congo, et d'une étude expérimentale basée sur l'inoculation au singe, ont conclu que s'il existe des différences appréciables et incontestables entre les agents pathogènes du pian et de la syphilis, entre le chancre pianique et le chancre syphilitique, ces nuances ne sont pas assez tranchées pour que l'on puisse considérer les maladies comme dissemblables. Bref, le pian serait une variété atténuée de la syphilis.

Or, dans l'archipel des Loyalty, nous trouvons à la base des causes de contagion : la promiscuité dans les cases sur les mêmes nattes ; l'échange des manous (ou pagnes) entre indigènes ; la communauté des vases à boire, parfois même avec les chiens et les cochons, qui vivent souvent dans la case ; le passage de bouche en bouche de certains aliments, de la cigarette, de la pipe.

Toutes ces circonstances sont favorables à la transmission d'une maladie dont les manifestations sont exclusivement d'ordre cutané et suffiraient à expliquer comment il se fait que les 9/10<sup>es</sup> des indigènes loyaltiens ont, ont eu ou auront le pian. Si nous cherchons du côté des maladies régnantes parmi cette population, nous voyons toute leur pathologie dominée par le pian, la tuberculose et la lèpre.

Il ne viendra à l'idée de personne de faire dériver ou même d'attribuer à la lèpre ou à la tuberculose un rôle quelconque dans la genèse du pian ; reste la syphilis.

Certes, il ne nous vient pas à l'esprit d'élever le moindre doute sur les expériences de MM. LEVADITI et NATTAN-LARRIER. Mais nous voudrions bien montrer qu'ici, où le pian est si répandu, l'observation clinique n'est pas d'accord, non avec les expériences du laboratoire que nous ne discutons pas, mais avec les conclusions que leurs auteurs en tirent.

En ce qui concerne les deux spirochètes et les deux lésions initiales, retenons leurs déclarations ; il existe des différences appréciables et incontestables.

L'observation clinique du pian aux Loyalty est en complet accord avec cette affirmation, en ce qui concerne le pian. Mais nous trouvons bien d'autres dissemblances entre les deux affections.

Ces deux honorables auteurs parlent de chancre pianique. Or, ici, ce terme serait souvent impropre et nous avons vu des cas où le début était plus souvent une plaque muqueuse qu'un chancre. Nous avons fréquemment observé des cas où l'éruption pianique était généralisée d'emblée.

Enfin, tandis que dans l'évolution de la syphilis nous avons une série de manifestations successives bien déterminées, en trois périodes, avec des durées constantes, surtout dans la succession des symptômes initiaux, de la première et même de la seconde période, nous ne trouvons rien de tel dans le pian des Loyaltiens.

La durée du pian ne rappelle en rien celle de la syphilis, car, elle est en moyenne de 4 à 6 mois aux Loyalty, rarement plus. Enfin, elle ne donne que deux lésions : la pustule cutanée ou mieux papule pustuleuse, et la papule végétante, formant excroissance ou tumeurs végétantes et fissurées. Tantôt on observe la première forme seule, tantôt la seconde, qui succède rapidement à une éruption discrète et donne alors à l'affection une durée plus longue que dans le premier cas.

Si nous notons encore que la fièvre de début est peu marquée, et les douleurs rhumatoïdes exceptionnelles, nous aurons signalé les traits caractéristiques du pian aux Loyalty.

Il y guérit sans jamais laisser à sa suite aucune lésion rappelant les gommès ou syphilides tertiaires. Enfin, il y guérit radicalement, sans aucune médication.

La syphilis se rencontre aux îles Loyalty, absolument classiquement dans toutes ses manifestations. Il convient seulement de noter

que cette affection est rare et que la paralysie générale progressive et le tabes sont très rares, inconnus même, osons le dire. Les mêmes remarques ont été faites, et nous l'avions remarqué pour la race arabe. Mais tandis que chez ces derniers, la syphilis est de règle et les dystrophies héréditaires très fréquentes, ici, au contraire, nous n'avons rencontré qu'exceptionnellement des symptômes de spécificité héréditaire, que ce soient lésions dentaires, buccales, oculaires ou osseuses. Si le pian était une syphilis atténuée, ce serait surtout l'apanage de l'adulte. Or, dans l'archipel des Loyalty, ce sont presque tous les enfants ou les adolescents qui sont touchés. D'autre part, l'âge même des malades est peu en faveur d'une contagion vénérienne, par coït ou autre, mais, au contraire, extra-génitale.

Si c'était d'ailleurs une syphilis, une première atteinte conférerait l'immunité vis-à-vis de la vérole. Or, malgré que la syphilis soit très peu répandue ici, il s'en rencontre quelques cas et chez des individus qui ont eu le pian.

Ce ne peut donc pas être une syphilis acquise atténuée.

Il faudrait donc admettre que ce fût une syphilis héréditaire atténuée, ce qui cadre mal, cliniquement, avec l'absence ici presque complète de la syphilis héréditaire et de ses lésions, que nous connaissons tous, avec la rareté de la syphilis acquise, avec ce fait, enfin, que parfois le pian se déclare chez l'adulte. (Nous avons observé un cas sur notre domestique même, âgé de 41 ans.)

Pour toutes ces raisons, nous nous croyons autorisés à conclure que, des observations cliniques du pian, excessivement fréquent dans nos îles, nous ne pouvons déduire que le pian soit une syphilis atténuée, tout au moins avec sa symptomatologie et les conditions pathologiques et hygiéniques ambiantes dans l'archipel des îles Loyalty.

## **A propos de la note de M. Ch. Nicolas sur le pian**

Par LEVADITI et NATTAN-LARRIER.

Les remarques faites par M. Ch. NICOLAS, à propos de nos conclusions concernant les relations entre la syphilis et le pian,

nous semblent critiquables, l'auteur ayant mal interprété notre pensée. Personne ne soutient que pian et syphilis sont deux affections identiques, évoluant dans des contrées différentes. Pourquoi comparer alors entre elles la symptomatologie et l'évolution de ces deux processus morbides, afin de découvrir des dissemblances connues et acceptées depuis longtemps? Nous-mêmes, n'avons-nous pas dit « qu'il existe des différences appréciables et incontestables entre l'agent pathogène du pian et celui de la syphilis, de même qu'entre le chancre pianique et le chancre syphilitique (1) »? Mais, de là, il ne s'ensuit nullement que ces deux affections soient totalement différentes l'une de l'autre et qu'elles ne soient liées par aucune affinité ni microbiologique, ni histo-pathologique, ni même clinique. Ce serait tomber dans l'erreur, car: 1° le *Spirochaeta pertenuis* est, de tous les spirochètes connus, celui qui se rapproche le plus, au point de vue tinctorial et morphologique, du *Treponema pallidum*; 2° les lésions histologiques de l'ulcère pianique, sauf l'hypertrophie papillaire, l'infiltration polynucléaire et l'intensité des altérations vasculaires, ressemblent à celles du syphilome primaire; 3° au point de vue clinique, la confusion est souvent possible entre cet ulcère pianique et certaines syphilides hypertrophiques à caractères papillomateux.

Reste la question de l'immunité croisée. MM. NEISSER, BAERMANN et HALBERSTÆDTER ont établi que les singes pianiques ne sont pas réfractaires vis-à-vis du virus de la vérole et que les animaux syphilités peuvent prendre ultérieurement le pian. Nous n'avons pas pu confirmer cette dernière conclusion de NEISSER et de ses collaborateurs, nos singes, anciennement syphilités, s'étant montrés réfractaires à l'égard du virus pianique. C'est là le motif qui nous a déterminés à admettre que le *virus du pian* « possède une activité moins accentuée que celui de la syphilis », tout en acceptant l'existence d'une parenté étroite entre les deux virus. M. NICOLAS cite de nouvelles observations de pianiques ayant acquis ultérieurement la vérole. Or, nous n'avons pas soutenu le contraire, puisque nous avons accepté les conclusions de NEISSER ayant trait à la possibilité de syphiliser les singes ayant eu auparavant le pian. Pour combattre notre thèse, il aurait fallu citer

(1) LEVADITI et NATAN-LARRIER. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1908, vol. XXII, p. 260.

des cas de syphilitiques avérés s'étant montrés plus tard sensibles aux virus de la Framboesie, et c'est précisément ce que l'on cherche vainement dans le travail de M. NICOLAS.

Cette possibilité de transmettre le yaw aux sujets vérolés est-elle démontrée à l'heure actuelle? Les recherches expérimentales de NEISSER et BAERMANN ne le prouvent pas, à notre avis; nous en avons fait la critique dans notre mémoire déjà cité. Cependant, M. CASTELLANI nous a confié qu'il aurait réussi à conférer le pian à des hommes en pleine évolution de la vérole. S'il en est ainsi et la publication des détails des recherches de M. CASTELLANI ne tardera pas à nous le montrer, nos résultats pourraient s'interpréter de la façon suivante: ayant expérimenté avec un virus<sup>1</sup> puisé chez un sujet en voie de guérison, et ayant, de plus, passé ce virus par l'organisme du chimpanzé, nous nous sommes trouvés en présence d'un *Spirochaeta pertenuis*, dont la virulence s'était jusqu'à un certain point amoindrie. Il était ainsi devenu incapable d'engendrer une lésion pianique chez les singes syphilitisés et réfractaires vis-à-vis de la vérole.

En résumé, nous persistons à croire que, si le pian est certainement différent de la syphilis, il constitue néanmoins une affection qui offre un certain degré de parenté avec la vérole.