

SUR HUIT CAS DE CHROMOBLASTOMYCOSE DIAGNOSTIQUES A ANTALAHA (*)

BRYGOO E.R. et RATOVONDRAHETY

Sans chercher à faire un historique complet de la chromoblastomycose à Madagascar, historique qui devrait nous faire remonter au moins jusqu'en 1903, date à laquelle le Dr BUCAS décrivit à Ambovombe une lésion qui, aujourd'hui, peut être rapportée à la chromoblastomycose, il convient de rappeler les quelques cas de cette affection précédemment observés dans le nord de Madagascar. Les deux belles observations publiées par GUILLEB et RADOVY-RALAROSY en 1940 sont vraisemblablement d'authentiques chromoblastomycoses. Ces deux malades avaient été observés à Ambilobe mais ils étaient tous deux originaires du Sud (Amparohy pour l'un, Vondrozo pour l'autre).

Depuis, deux autres cas en provenance du nord de l'île ont été décrits. L'un chez un homme sakalava de soixante ans vu à Diégo-Saarez par le Dr COUGAUD, porteur d'une tumeur cutanée de la jambe gauche (cas n° 7 de notre statistique). Pour ce cas le lieu de contamination n'a pas été précisé.

L'autre chez un homme de trente-cinq ans, métis sihanaka-sakalava opéré à Tananarive par le Dr AUGY (cas n° 38), ce malade présentait de multiples lésions de la jambe droite évoluant depuis huit ans. La mise en culture d'un fragment de biopsie permit d'isoler une souche de *Phialophora pedrosoi* (souche XXII). Ce malade s'était contaminé à Andapa.

En six mois nous venons de voir huit cas de chromoblastomycose pour lesquels le diagnostic clinique fut confirmé par la mise en évidence du parasite sur coupe. De plus pour l'un d'eux (cas n° 83), nous avons obtenu la culture du parasite. Il s'agit d'un *Phialophora pedrosoi*. Ces huit cas, observés à Antalaha ou dans celui de Sambava.

Ils présentaient les caractères désormais classiques de l'affection :

- prédominance du sexe masculin : 6 cas sur 8;
- prédominance des cas diagnostiqués tardivement : 6 des huit personnes ont atteint ou dépassé quarante-cinq ans;
- siège électif au membre inférieur : 8 cas sur 8;
- durée considérable de l'évolution due au fait qu'il n'existe pas de guérison.

Certains de nos malades peuvent être considérés comme de véritables infirmes.

(*) Communication présentée le 22 décembre 1959 à la Société des Sciences médicales de Madagascar.

Cas n°	Sexe	Groupes ethnique	Siège des lésions	Nombre des lésions	Durée de l'évolution en année	Lieu de la contamination
55	M	Sakalava	Pied, jambe	multiples	15	Antalaha.
56	M	Betsimisaraka	Jambe	multiples	2	Antalaha.
57	F	Betsimisaraka	Pied	une lésion petite	1	Antalaha.
58	F	Betsimisaraka	Pied	multiples	6	Antalaha.
71	M	Tsimihety	Pied, jambe	multiples	5	Antidra-Sambava.
77	M	Tsimihety	Jambe	une lésion d'étendue	1	Macrona mbely-Sambava.
79	M	Betsimisaraka	Pied, jambe, cuisse scrotum.	multiples	20	Macrona toliana-Antalaha.
83	M	Tsimihety	Jambe, cuisse	multiples	1	Antalaha.

Avant de traiter en quelques mots du diagnostic clinique et de la thérapeutique nous rappellerons quelles sont les croyances qui se rattachent à cette affection dans la région d'Antalaha.

1° LA DENOMINATION

Chez les Betsimisaraka du Nord l'appellation varie avec l'aspect clinique des lésions. Ce peut être « *jibogny* » : excroissance arrondie sur un épiderme normal ou « *jibogny mamou* » lorsque les excroissances s'étendent en surface et se multiplient (*Mamou* : fructifier). Les termes *sily* et *manilisily* : nodules, nodosités qui se multiplient en grappe, sont presque synonymes des deux premiers avec cette nuance que dans le « *jibogny* » les lésions suintent et dégagent une odeur plus ou moins fétide alors que la lésion *sily* est plus sèche, à bords plus nets.

Pour les Tsimihety, du moins ceux de l'Est, l'affection est désignée sous le nom générique de *Gajo-miala* (*Gajo* : fatigué, *miala* — s'en aller). Le malade sachant qu'il n'y a rien à faire garde cependant l'espoir que le mal finira par s'en aller lorsqu'il sera fatigué de le ronger.

Pour un Antandroxy originaire d'Ampanihy l'affection doit être désignée comme *foratra*, tumeurs muriformes se développant autour d'un *hona*, plaie infectée qui se creuse et suinte.

2 L'ORIGINE DE LA MALADIE

Pour ceux qui ne sont pas atteints par l'affection elle pourrait avoir :

soit une origine vénérienne : *Kisa-mera* dégénérant en *jibogny* ;

soit une origine alimentaire : abus de crustacés ;

soit une origine traumatique : blessure du pied par des coraux.

Les malades rattachent leur affection à des blessures infectées ou plus souvent aux séjours prolongés qu'ils sont obligés de faire dans la boue de leurs rizières.

3 LA THERAPEUTIQUE

Les Betsimisarakas et les Tsimihety utilisent une thérapeutique générale et une thérapeutique locale. La médication générale, d'action semble-t-il dépurative, consiste en infusions d'aubier de *Tsilanimboana* (bois inaccessible à la vermine) ou de *Mafaikankazo* (bois amer) ou de lianes, *Vahimainty*, *Vahimbaleo*. La thérapeutique locale utilise une ventouse de corne à aspiration buccale qui s'applique sur les scarifications des lésions.

Les Anlandroy utiliseraient une cautérisation ignée : après protection de la base de la nodosité par une couche de bouse de vache fraîche ils brûlent la lésion avec un morceau de bois échauffé par friction contre une pierre spéciale.

La médecine moderne est-elle mieux armée ?

Si nous avons fait de nots progrès dans la science du chromisme nous sommes encore complètement désarmés dès que l'affection a pris une certaine extension.

Le diagnostic est d'abord clinique. Il s'agit d'une dermatite verruqueuse. Et lorsque l'on ne connaît pas l'existence de la chromoblastomycose les erreurs sont faciles. Plusieurs de nos malades avaient reçu des traitements anti-tréponémiques. L'un d'eux résidait depuis six ans dans un village de lépreux.

La confirmation du diagnostic ne peut être donnée que par la mise en évidence du parasite sur coupe : adresser au laboratoire un fragment de biopsie placé dans un liquide fixateur (liquide de Bouin ou plus simplement eau physiologique additionnée d'une partie de formol pour neuf parties d'eau). Lorsque les conditions locales le permettent il y a intérêt à adresser en même temps un deuxième fragment de biopsie placé dans de l'eau physiologique additionnée de pénicilline et de streptomycine. Ce deuxième prélèvement est destiné à la culture. Histologie et clinique concordent le plus souvent mais lorsqu'il n'a pas été possible de mettre en évidence le parasite il est prudent de procéder à une seconde biopsie. Cette attitude est la seule qui nous permettra peut-être

d'individualiser d'autres étiologies dans le groupe des dermatites verruqueuses.

Il n'existe actuellement aucune thérapeutique médicamenteuse efficace contre la chromoblastomycose. Seul l'acte chirurgical, lorsque celui-ci s'adresse à une lésion bien isolée permettant de passer au loin, en tissu sain, permet de guérir le malade.

L'évolution inexorable vers l'aggravation et l'impolence, l'absence de toute thérapeutique dès que les lésions ont pris une certaine extension rendent indispensable le dépistage précoce de la chromoblastomycose.

Si nous avons quelque peu insisté sur les données vernaculaires ce n'est pas par goût des détails «pittoresques». Ces données établissent de façon formelle que l'affection est bien connue des populations de Madagascar. Ces populations ont déjà parfaitement su individualiser la forme clinique et reconnaître la gravité de l'évolution. Ceci permettra sans doute à une propagande bien organisée d'aider à la prophylaxie de la chromoblastomycose.