

Sporotrichose cutanéomuqueuse du Chien

par J. GUILHON et J. OBRY

Alors que la sporotrichose humaine et celle des Equidés sont relativement fréquentes, au moins dans certaines régions, l'affection similaire du chien n'a fait l'objet que de rares publications.

La première revient à GOUGEROT et CARAVEN qui, en 1907, ont observé trois chiots atteints de sporotrichose spontanée, à l'hôpital Laënnec. Les symptômes apparurent quelques jours après la naissance, sous la forme de gommès fistulisées du cou chez deux sujets et chez le troisième sous les aspects d'une péritonite à granulations pseudo-tuberculeuses avec gommès multiples du foie et métastases pulmonaires débutantes. L'infection a été rapidement mortelle. Un quatrième cas a été observé et bien décrit, à Lyon, en 1933, par P. COLLET, sur un jeune chiot, épagneul breton, âgé de deux mois, qui paraissait être victime d'une supuration généralisée. En réalité il était porteur de nombreuses gommès sporotrichosiques à des stades évolutifs différents sans retentissement ganglionnaire, ni thermique. Un traitement iodé local et général a entraîné la guérison définitive au bout de deux mois.

Nous avons récemment observé un cinquième cas, un peu différent des précédents, à la clinique de dermatologie de l'École d'Alfort, qui nous a paru justifier la publication de cette note.

Il s'agissait d'une chienne, épagneul breton, âgée de 4 ans, de tempérament délicat, née et élevée à Meulan (Seine-et-Oise). Elle n'a quitté le territoire de la commune où elle est née que pour chasser, en Champagne, dans la région de Brienne-le-Château, huit mois avant l'apparition des premiers signes de la maladie. Au retour d'une promenade effectuée, le 4 mai 1952, aux environs de Meulan, la chienne manifeste une boiterie assez accentuée du membre antérieur droit, qui persiste pendant une dizaine de jours avec de courtes périodes de rémission. C'est alors qu'apparaissent des néoformations sphériques, sous-cutanées, de la grosseur d'une petite noisette, dans diverses régions du corps plus particulièrement du côté gauche. La chienne, à ce

stade d'évolution de la maladie est soignée pour une furonculose par des injections d'anatoxine anti-staphylococcique et une préparation à base de sels de magnésium, sans résultat. Les lésions augmentent de volume, au point d'atteindre environ quatre centimètres de diamètre. La chienne garde un bon appétit et n'a point de fièvre. A la fin du mois, de mai, c'est-à-dire environ quinze jours après leur apparition, plusieurs lésions s'ouvrent pour donner issue à un liquide modérément visqueux et brun rougeâtre. Au niveau du garrot une tuméfaction, du volume d'une orange, laisse écouler, après ponction, une faible quantité de sérosité brunâtre et inodore. A ce stade de l'affection, le chien reçoit des injections de sérum polyvalent, qui n'empêche aucunement l'évolution des lésions et leur généralisation. Très rapidement le tégument disparaît au niveau des tumeurs, pour mettre à nu les lésions entières qui apparaissent alors circulaires, de dimensions variables, granuleuses, à fond rougeâtre, avec des foyers plus foncés; elles sont plates ou cupuliformes suivant le degré de leur évolution, mais toutes limitées par une réaction fibreuse indurée et en relief. Celles qui sont suffisamment rapprochées communiquent par des fistules. A ce stade d'évolution de l'affection, qui s'est aggravée régulièrement depuis un mois, malgré les traitements généraux et locaux institués, le propriétaire présente sa chienne, le 4 juin 1952, à la consultation de dermatologie de l'Ecole d'Alfort.

A cette date, la malade était en assez bon état d'entretien, sans fièvre (38°4), mais présentait sur tout le corps des lésions indolores, dures, fermées ou ouvertes, ulcéreuses, de dimensions variables, depuis le chanfrein jusqu'aux régions postérieures. Des cordes lymphatiques sont perceptibles au niveau du cou et du chanfrein, enfin à l'examen de la cavité buccale qui exhale une odeur fétide intense, rappelant celle des processus gangréneux, nous découvrons de nombreuses lésions irrégulières, granuleuses, anfractueuses et fistulisées, paraissant communiquer entre elles.

Quoique nous n'ayons jamais eu l'occasion de voir les diverses manifestations cliniques de la sporotrichose, chez l'homme ou chez les animaux, nous avons pensé qu'il s'agissait de cette affection, qui nous est apparue différente de toutes les dermatoses que nous avons observées jusqu'à ce jour. L'absence de température, l'assez bon état d'entretien, malgré l'importance des gommages ouvertes ou non, nous ont aiguillé, par élimination, vers ce diagnostic que nous avons confirmé par l'examen du pus recueilli par ponction d'une lésion fermée. Les étalements de

pus, colorés, soit par la méthode de Gram, soit par la méthode de May-Grünwald et Giemsa, montraient au microscope de nombreux éléments levuriformes colorés en violet foncé, de dimensions (1 à 15 μ) et d'aspects variables ; les uns libres, les autres plus nombreux, à l'intérieur des phagocytes. Tous ces éléments, ou conidies-levures, qui sont difficiles à mettre en évidence dans les lésions humaines, étaient assez abondants dans les étalements colorés que nous avons examinés. Enfin, nous avons observé, toujours dans le pus d'une gomme fermée, des filaments mycéliens altérés, entourés de manchons de conidies, comme on peut en voir dans les cultures sur gélose peptonée, glycosée du *Rhino-cladium Schenki*. Les caractères microscopiques des conidies, la présence de filaments mycéliens s'ajoutant aux caractères cliniques, ont confirmé notre diagnostic de sporotrichose cutanéomuqueuse.

L'animal, revu le lendemain 5 mai 1952, est très abattu, dégage une odeur fétide et la température atteint 40°6. Une infection secondaire vient compliquer la sporotrichose en évolution depuis, au moins, un mois et l'aggraver. La chienne présente outre les lésions précédemment décrites une corde lymphatique au membre antérieur droit et des adénites préscapulaires. Elle est traitée au sérum antigangréneux et reçoit des fortes doses de pénicilline-retard. Une nette amélioration se manifeste au bout de deux jours. La malade n'a plus de fièvre, son appétit est meilleur, l'odeur fétide a disparu, mais elle s'est rapidement amaigrie. Toutes les masses musculaires et notamment les crotaphites ont fondu. Un traitement spécifique iodé est institué. La malade reçoit 7 injections de 4 centimètres cubes de Septicémine Cortial, jusqu'au 23 juin, à raison de deux injections irrégulièrement effectuées, chaque semaine, par voie veineuse. Les gommages sont irrigués à la solution de Lugol, journallement. Les lésions ouvertes régressent, commencent à bourgeonner et quelques-unes sont en voie de cicatrisation. Malheureusement l'irrégularité du traitement (1) ralentit l'évolution favorable ; l'état général, ainsi que les lésions, s'aggravent subitement à la fin du mois de juin alors que la température extérieure atteint 37°8 à l'ombre. L'animal respire difficilement, présente du souffle labial, sa température atteint de nouveau 40°2 ; les lésions de la muqueuse buccale s'étendent au point de faire disparaître la peau des joues qui laisse à découvert une partie de la denture.

(1) Imposée par les convenances personnelles du propriétaire et les exigences de la période des examens scolaires.

Le propriétaire, dans l'impossibilité de ramener son animal à la consultation, décide de le sacrifier, sans nous avertir, le 19 juillet.

Ces circonstances nous ont empêché d'effectuer une autopsie minutieuse qui nous aurait vraisemblablement permis d'observer la présence de lésions gommeuses au niveau des viscères.

Ce nouveau cas de sporotrichose canine observé, en France, est différent de ceux qui ont été précédemment décrits, par l'âge du sujet atteint (4 ans) et par l'extension des lésions aux muqueuses qui assombrit considérablement le pronostic, comme nous avons pu le constater. La dermatologie canine plus riche d'observations que celle des autres espèces animales présente cependant bien des obscurités. Les possibilités de confusion restent encore fréquentes, surtout lorsqu'on se trouve en présence d'une affection méconnue, comme la sporotrichose, dont certaines manifestations cliniques peuvent être rapprochées de celles des staphylococcies à évolution lente.
