

VIII. — DENGUE

Signes étiologiques. — La dengue est une maladie épidémique bénigne, spéciale aux pays chauds. Elle est caractérisée par des douleurs étendues à tout le corps et par un exanthème qui prédomine aux extrémités. Observée en Amérique, aux Indes, en Arabie, mais surtout en Égypte, elle a fait en Europe (Turquie, Grèce, Espagne) plusieurs incursions.

C'est une infection extrêmement diffusible, capable de frapper rapidement les deux tiers ou les trois quarts d'une population. La dengue sort rarement de la zone tropicale et disparaît au delà de certaines altitudes (500-600 m.); elle est plus commune dans la saison chaude et se propage par transmission d'un contagé encore inconnu mais distinct de celui de la grippe.

Signes cliniques. — L'incubation dure en moyenne 4 jours, ou seulement 24 heures, ou moins.

Remarquablement brutal, le début surprend les sujets au milieu de leurs occupations, les terrassant en quelques heures et les forçant à prendre de suite le lit. En Asie Mineure et en Syrie, on note quelques prodromes : inappétence, malaise, lassitude, vertige, céphalée.

La période d'état est caractérisée par la fièvre, les douleurs et l'éruption. En quelques heures, la température dépasse 39°, pouvant atteindre 41°,5 et même 42°, puis oscille ensuite autour de 39°, pour tomber brusquement, après 36 ou 48 heures, avec des phénomènes critiques : diaphorèse, polyurie, diarrhée ou épistaxis.

Le pouls suit les variations de la température. Il arrive, exceptionnellement, que la fièvre manque.

D'emblée, les douleurs immobilisent le malade. Débutant par les genoux et les articulations des doigts, elles gagnent ensuite le cou et toute la longueur des membres, frappés parfois de rigidité absolue. Il s'agit, habituellement, d'arthralgies simples, quelquefois pourtant accompagnées de tuméfaction des jointures et des gaines tendineuses. Les muscles des membres, du cou, du dos et des lombes sont également pris, d'où résultent des attitudes rigides caractéristiques. L'intensité de la douleur qui arrache des cris aux malades est, pour eux, une cause d'agitation et d'anxiété. En même temps, existe une céphalée intense et continue, surtout frontale et orbitaire, accompagnée de photophobie. Mais au bout d'un à deux jours les douleurs s'apaisent déjà et ne tardent pas à disparaître complètement.

Éruption. — La dengue comporte en général deux éruptions : l'une précoce, inconstante, l'autre tardive (5^e jour), presque constante. La première (initial rash) répond à l'accès fébrile du début; elle consiste : 1° en un érythème simple, surtout localisé à la face, qui est tuméfiée; 2° en un énanthème, non constant, occupant la gorge, les conjonctives, ou même la pituitaire, (épistaxis). Ces phénomènes durent quelques heures, un jour au plus.

L'éruption tardive (terminal rash) est essentiellement polymorphe, scarlatiniforme ou morbilliforme; papuleuse ou ortiée; vésiculeuse, bulleuse ou

pustuleuse; quelquefois prurigineuse. D'une durée de 2 à 3 jours, elle commence par les mains et les pieds, gagne les membres, le cou, la face et le tronc, puis s'efface, suivie d'une desquamation plus ou moins marquée, furfuracée ou lamelleuse, comportant un prurit intense, se prolongeant une semaine, plus rarement deux.

L'affaiblissement et l'abattement sont extrêmes; les malades, sans aucun appétit, ont des nausées et des vomissements; on entend parfois, à la pointe du cœur, un souffle d'insuffisance mitrale passagère. Les urines sont tantôt copieuses et limpides (nerveuses), tantôt rares et foncées (fébriles); l'albuminurie est exceptionnelle et toujours passagère.

Évolution. — On y distingue : 1° une incubation de 3 à 4 jours; 2° un stade d'invasion (fièvre et douleurs) de 2 à 3 jours; 3° un stade d'éruption (tardive) de 2 jours, et 4° une phase de desquamation de 8 à 15 jours.

La convalescence, marquée par de l'inappétence et de l'apathie, peut être longue.

La dengue guérit presque toujours et ne peut tuer que les enfants. Les rechutes et les récidives ne sont pas rares.

Complications. — Quoique les complications soient exceptionnelles, on observe assez souvent des lymphangites avec adénite (cervicale, axillaire ou inguinale). On a noté encore : la tuméfaction et la suppuration des glandes salivaires; la congestion hépatique avec ictère, et des troubles nerveux, tels que : convulsions, délire, coma, paralysies fugaces, amaurose, signes de pseudo-tabes.

Diagnostic. — Les confusions sont fréquentes, surtout au début des épidémies, avec : les accès pernicieux (jusqu'à l'éruption), l'embarras gastrique, la fièvre typhoïde; avec un début de grippe ou de variole (rachialgie), ou avec un rhumatisme articulaire aigu. L'éruption précoce simule l'érysipèle de la face, à part le bourrelet. L'éruption tardive peut simuler la rougeole (pas de catarrhe), la scarlatine (pas d'angine); la rubéole, en cas d'adénites (fièvre, douleurs); la variole (pas de vésico-pustules), et même l'urticaire (éruption plus mobile, plus prurigineuse).

IX. — GRIPPE

Signes étiologiques. — Maladie polymorphe, épidémique, susceptible de frapper, à la fois, un grand nombre d'individus, la grippe est essentiellement caractérisée par un catarrhe des voies aériennes associé à des troubles gastro-intestinaux et nerveux. Elle atteint les adultes plus que les enfants et les vieillards, pour qui elle est par contre plus sévère. Toute tare antérieure, pulmonaire, cardiaque ou rénale, l'aggrave. La diffusion de la grippe ne semble liée à aucune condition météorologique spéciale. La contagion en est le principal agent; elle s'opère par inhalation de mucosités bronchiques ou nasales, desséchées ou non, surtout virulentes durant la période d'état et la

convalescence. Les *récidives*, souvent multiples, sont habituelles. L'*expectoration* contient, outre des germes banaux (*streptocoques*, *staphylocoques*, *pneumocoques*, *pneumobacilles*), le *cocco-bacille* de Pfeiffer (cultivant à 57° sur gélose arrosée de sang), rencontré aussi dans le sang, dans le liquide céphalo-rachidien (Netter), mais dont la spécificité est de plus en plus contestée.

Au cours de la dernière épidémie grippale (hiver 1904-1905), F. Bezançon et J. de Jong ⁽¹⁾ n'ont presque jamais trouvé dans les crachats le bacille de Pfeiffer (presque constant en 1898-1899), mais ont isolé, par contre, deux espèces microbiennes nouvelles : 1° un *diplocoque* comparable au gonocoque, décoloré par le Gram ; 2° un *paratétragène* formé de gros cocci en tétrades se détachant sur un fond de petits diplocoques mal colorés groupés en zooglyphes. Les gros cocci ont été également retrouvés dans les exsudats d'angine et plusieurs fois dans le sang. Outre ces particularités, on note encore, dans la grippe, d'habituelles *associations microbiennes* auxquelles le *pneumocoque* prend une part prépondérante (F. Bezançon, Ménétrier). Devant l'extrême polymorphisme clinique de la grippe et l'inconstance de sa formule bactériologique, on en est venu (F. Bezançon, A. Bergé) à mettre en doute sa spécificité, pour ne plus reconnaître sous ce terme qu'une série de syndromes imputables à l'exaltation saisonnière d'espèces saprophytes (Pfeiffer ou autres) variables avec les épidémies. Pourtant, après les grandes pandémies grippales (celle de 1889 notamment) et malgré l'abus qui a été fait du terme de grippe (indûment appliqué à nombre de catarrhes saisonniers), il semble, jusqu'à nouvel ordre, légitime d'admettre sous ce nom l'existence d'un complexus clinique autonome.

Signes cliniques. — Quoique la grippe puisse frapper soudain, en pleine santé, elle est souvent précédée de *prodromes* fugaces : frissons, fièvre, malaise, vertiges, éblouissements, courbature, nausées, mais surtout douleurs sus-orbitaires, rachialgie, douleurs dans la continuité des membres, dans les muscles (y compris ceux du thorax et de l'abdomen) et les jointures (genoux) ; crampes, points de côté, sensation de brisement. Cette période d'invasion dure un jour ou deux ; puis la période d'état s'affirme par : du larmoiement, du coryza, des signes de laryngo-bronchite, d'angine, d'embarras gastrique. Le début peut du reste rappeler celui d'un simple rhume.

La *fièvre*, qui manque rarement, se distingue surtout par son irrégularité. En général la température atteint d'emblée 39°,5, 40°,5, 41°, et s'y tient 3 à 4 jours, puis tombe brusquement à la normale, souvent avec des sueurs critiques ; en certains cas, la chute est *incomplète* (quelques jours autour de 38°), ou *temporaire* (1 à 2 jours), suivie d'une reprise fébrile.

Les troubles généraux (faiblesse, courbature, etc.) durent autant que la grippe, se prolongeant souvent pendant la *convalescence*, qui est longue, accompagnée de prostration, d'asthénie profonde et d'anémie, même à la suite de cas légers. Les nuits sont souvent troublées par de l'agitation, du subdélire ou un délire violent.

(1) F. BEZANÇON et J. DE JONG, *Soc. méd. des hôpit.*, 24 février 1905.

Les *douleurs* peuvent durer autant que la maladie, revêtant souvent, lors de la convalescence, la forme de *névralgies circonscrites* (trijumeau, sciatique, intercostaux, plexus cervical).

Souvent, vers le deuxième jour, se montre un *érythème* scarlatiniforme ou morbilliforme, rarement généralisé, très fugace, sans signification spéciale.

On observe presque toujours : un *coryza* violent avec larmoiement, enchièrènement, éternuements, sécrétion séreuse, puis purulente, excoriation des narines et de la lèvre supérieure, céphalée sus-orbitaire (par catarrhe des sinus frontaux et maxillaires) ; plus rarement, une *pharyngo-amygdalite*, une *laryngite* ou une *trachéo-bronchite*. La *voix* est rauque, bitonale, éteinte ; la *toux* est sèche, quinteuse, tenace, parfois coqueluchoïde ; elle peut persister après la guérison. Exceptionnellement surviennent l'*œdème de la glotte* ou une *laryngite ulcéreuse*.

En cas de *bronchite*, on constate des râles muqueux, ronflants et sibilants, disséminés. D'abord muqueux et aérés, les *crachats* deviennent vite purulents et nummulaires, quelquefois fétides ; mousseux et sanglants, si la bronchite se capillarise (rare) et se complique de *congestion en foyers* (signes d'asphyxie, râles fins, souffle). La plèvre peut participer au processus (point de côté, frottements). Les *troubles cardiaques* d'origine nerveuse sont fréquents : palpitations, arythmie, embryocardie, fausse angine de poitrine, lipothymies, syncopes (Huchard) ; ils peuvent favoriser la *thrombose cardiaque mortelle*. Le *pouls* peut devenir petit (hypotension artérielle), lent, intermittent.

Des *hémorragies* (épistaxis, hémoptysies, métrorragies), quelquefois abondantes, peuvent compliquer la grippe ; les *hémoptysies* peuvent faire redouter la tuberculose.

L'anorexie est la règle, les nausées sont fréquentes ; la *langue* est *opaline* à sa surface, rouge sur les bords (Faisans) ; la gorge est rouge ; la *constipation* est plus habituelle que la diarrhée. La *matité splénique* est souvent appréciable ou étendue ; la tuméfaction du foie est plus rare. Il est des cas où les troubles digestifs sont au premier plan. L'*intolérance gastrique* peut être absolue, avec nausées et *vomissements* continuels, entretenus par une violente *gastralgie*. Ailleurs s'y joint une *diarrhée* incoercible avec coliques et épreintes réalisant un état de collapsus qui rappelle le *choléra*. Il arrive aussi que l'hyperthermie prolongée, la prostration, les épistaxis, la sensibilité abdominale, la spléno-mégalie, simulent la fièvre typhoïde.

Les *urines* sont rares, très acides, couleur jaune pâle, troubles, chargées d'urates, toujours teintées d'urobiline.

Formes cliniques. — Les prédominances symptomatiques permettent de distinguer des formes : *thoracique*, *nerveuse*, *gastro-intestinale*.

Forme thoracique. — C'est une des plus fréquentes. Légère, elle simule un rhume, par le coryza, la laryngite, la trachéo-bronchite, n'en différant que par l'intensité du mal de tête et de la courbature. Les cas violents offrent des signes plus spéciaux : angoisse respiratoire, toux spasmodique, par quintes très pénibles ; poussées de *congestion pulmonaire* mobiles, accompagnées d'exacerbations fébriles, ayant une prédilection remarquable pour le

sommet, ce qui, joint aux hémoptysies et aux crachats nummulaires, peut en rendre la distinction très difficile avec la tuberculose.

La grippe peut simuler la tuberculose aiguë, mais la purulence des crachats y est plus précoce (Teissier).

Ailleurs les grippés présentent une *orthopnée* paroxystique ou continue, sans signes d'auscultation, finissant par entraîner l'asphyxie progressive (*forme bronchoplégique de Huchard*).

Forme nerveuse. — Le catarrhe manque, mais les troubles douloureux (céphalée, vertiges, éblouissements, myalgies généralisées), la dépression physique et morale, les sueurs profuses, sont au premier plan et prolongent indéfiniment la convalescence.

Forme gastro-intestinale. — Ici prédominent les vomissements ou la diarrhée. Le tableau clinique est celui de la fièvre typhoïde ou du choléra.

Formes larvées. — Certaines gripes débutent par des accidents urémiques : céphalée, vomissements, convulsions, coma, anurie; d'autres, par des syncopes, des intermittences cardiaques, des crises de mélancolie ou de lypémanie. Quelques cas sont absolument apyrétiques.

Formes frustes. — Les symptômes cardinaux existent, mais à peine ébauchés; ces cas simulent le rhume ou le catarrhe saisonnier, mais sont contagieux et contribuent à propager la grippe.

Complications. — Les complications sont plus souvent liées aux récurrences de la grippe; elles intéressent tous les appareils, mais surtout l'appareil respiratoire.

Appareil respiratoire. — Les *paralysies des cordes vocales* sont exceptionnelles.

La *bronchite capillaire* suffocante frappe surtout les vieillards et les débiles.

La *pneumonie* éclate habituellement au début de la convalescence, à l'occasion d'une rechute (Ménétrier). Elle peut aussi inaugurer la grippe; elle ne comporte alors ni point de côté, ni frisson, ni crachats rouillés, la dyspnée prédomine et les lésions sont souvent bilatérales. La pneumonie provoquée par une rechute peut offrir les mêmes caractères. En général, la résolution demande plusieurs semaines; l'hépatisation grise ou la gangrène sont assez fréquentes. La mort s'observe dans 1/10 des cas.

Fréquente, souvent pseudo-lobaire, la *broncho-pneumonie* se révèle par des foyers de condensation, mobiles ou fixes, mêlés à des signes de bronchite; par une fièvre à grandes oscillations.

Associée ou non à des lésions pulmonaires, la *pleurésie* est sèche, séro-fibrineuse, hémorragique (rare) ou purulente (le plus souvent). Le développement de l'épanchement est en général insidieux et rapide.

Appareil cardio-vasculaire. — L'arythmie, les intermittences, la tendance aux syncopes et au collapsus sont presque des symptômes habituels. Exceptionnellement, la grippe se complique de *péricardite*, d'*endocardite*, de *myocardite*, ou d'*aortite*; moins rarement, de *phlegmatia alba dolens*. Bien moins fréquente est l'*artérite*, cause possible de gangrène sèche dans les ter-

ritoires frappés d'ischémie; cette gangrène peut aussi reconnaître une origine embolique.

Tube digestif. — La grippe peut déterminer des *stomatites* (ulcéro-membraneuse ou aphteuse); des *périostites alvéolo-dentaires*, suppurées et multiples. La *péritonite purulente* a été signalée. Un grand nombre d'*appendicites*, certaines *typhlites* reconnaissent une origine grippale.

Rein. — Outre l'*albuminurie fébrile passagère* (initiale), il existe, pendant la convalescence, une véritable *néphrite grippale* aiguë, revêtant différents aspects cliniques : hématurie sans œdèmes; anasarque et forte albuminurie; urémie comateuse d'emblée. La guérison en est habituelle, mais le passage à l'état chronique s'observe. La grippe peut encore rallumer une lésion rénale ancienne.

Bassinets. — **Vessie.** — **Urètre.** — **Testicules.** — Certaines *hydro-néphroses*, des *abcès périnéphrétiques*, des *cystites*, certaines *urétrites purulentes* simulant la blennorrhagie, se rattachent à la grippe, il en est de même de l'*orchite*, isolée ou associée à une urérite.

Utérus. — La grippe prédisposerait à l'*avortement* et à l'*infection puerpérale*.

Système nerveux. — Il est habituellement très atteint par la grippe. Elle peut réaliser, dans l'enfance, et même à l'âge adulte, des *syndromes méningitiques* (vomissements, constipation, céphalée, délire, paralysies ou contractures), généralement curables, mais qui semblent parfois en rapport avec l'existence de localisations cérébro-spinales affirmées par les résultats positifs de la ponction lombaire (bacille de Pfeiffer décelé par Netter et Dubois) ou des constatations nécropsiques (Pfuhl-Nauwerk).

La *dépression psychique* (inattention, défiance, mélancolie), ou l'*excitation maniaque*, toujours passagères, à moins de tare mentale antérieure, ne sont pas exceptionnelles, à la suite de la grippe. Sa convalescence favorise aussi l'éclosion des états neurasthéniques, et même de l'hystérie. Des *myélites* (paraplégie, paralysie ascendante aiguë), des *névralgies-névrites* avec *amyotrophie*, des *polynévrites*, consécutives à la grippe, ont également été signalées.

Peau. — L'*herpès labial* est très commun; on a constaté l'*érysipèle*, la *gangrène*, la *furunculose*, pendant la convalescence.

Organes des sens. — L'*otite moyenne*, souvent suppurée, mais habituellement bénigne, éclate fréquemment au cours ou au déclin de la grippe.

Les grippés sont sujets à des *troubles oculaires* variés : amblyopie, xanthopsie, dyschromatopsie, paralysie de la 5^e paire, paralysie de l'accommodation, ophtalmoplégie externe. Chez eux aussi on observe des *orgelets*, des *conjonctivites*, des *kératites*, et même des *abcès de l'orbite*.

Suites lointaines. — La grippe peut laisser à sa suite des troubles rebelles : sueurs profuses, anorexie, anémie, état neurasthénique, congestion hépatique, lithiase biliaire, toux quinteuse, bronchites à répétition, adénopathie trachéo-bronchique (chez les enfants). Certaines pneumonies chroniques ulcéreuses, à signes cavitaires, simulent la tuberculose qui n'est élimi-

née que grâce à l'enquête bactériologique. La grippe peut du reste favoriser l'inoculation tuberculeuse, et elle aggrave constamment les lésions tuberculeuses pré-existantes, en exaltant la virulence du bacille et en activant la propagation des lésions.

Évolution. — Certaines gripes légères ne durent guère plus de 48 heures; d'autres, quoique fébriles et intenses, tournent court au bout de 3 à 4 jours. La durée dépasse souvent une semaine, bien plus longue en cas de complications. La convalescence peut traîner des semaines et des mois. Les *rechutes* sont fréquentes, surtout quand la maladie traîne. La pneumonie et la broncho-pneumonie sont les plus communes causes de mort, surtout chez les sujets âgés, débilités ou porteurs d'une tare organique.

Diagnostic. — Méconnue au début des épidémies, la grippe est ensuite abusivement diagnostiquée. Ses signes d'invasion font souvent songer à la *rougeole* (catarrhe), à la *variolo* (rachialgie), ou à la *scarlatine* (angine, exanthème). La prédominance des arthralgies, des douleurs osseuses, peut en imposer pour un *rhumatisme aigu*, une *ostéo-myélite des adolescents* (douleurs plus limitées).

Les douleurs, l'éruption, ont fait confondre la grippe avec la *denque* (éruption très prurigineuse, douleurs fugaces, localisées aux genoux, pas de catarrhe).

Certaines formes de grippe prennent le masque de la *méningite*, du *choléra*, de la *fièvre typhoïde*.

L'origine grippale de certaines *pneumonies*, de certaines *néphrites*, passe aisément inaperçue.

Enfin, le diagnostic de la grippe avec la *tuberculose pulmonaire* peut, en certains cas, offrir les plus sérieuses difficultés, soit à la période aiguë (congestions du sommet), soit à la phase de déclin (pneumonie chronique).

X. — FIÈVRE TYPHOÏDE

Signes étiologiques. — La fièvre typhoïde est une maladie générale infectieuse, expression clinique des réactions de l'organisme envahi par le *bacille d'Eberth Gafky*.

Les exemples avérés d'épidémies strictement limitées au champ de distribution de certaines eaux contaminées (puits, rivières, sources mal captées) ont prouvé le rôle de l'eau comme véhicule du contagion. Les grandes pluies favorisent la contamination accidentelle des eaux, origine des épidémies massives. Leur souillure continue détermine les états endémiques, avec poussées épidémiques. Le lait (coupé d'eau suspecte ou manipulé par des mains souillées), les huîtres (ayant séjourné dans des parcs contaminés, ou arrosées avec des eaux contaminées), ont été quelquefois incriminés. Quelques faits ne s'expliquent que par l'inhalation ou la déglutition de poussières renfermant le contagion. Les vêtements, le linge, la literie ayant servi aux typhiques peuvent transmettre la maladie. Les autres facteurs âge (18 à

30 ans en moyenne), professions (soldats, blanchisseuses, infirmiers, égoutiers, vidangeurs), encombrement, surmenage, nostalgie, non-acclimatement, n'ont qu'une valeur prédisposante. Les voies digestives sont la porte d'entrée habituelle.

Sémiologie analytique. — *Troubles du tractus digestif.* — L'appétit disparaît dès le début et reste nul, jusqu'à la défervescence, pour devenir vorace lors de la convalescence; il persisterait pourtant dans quelques cas encore fréquents selon Waquez (10 pour 100). La *soif* est assez vive, dans la phase initiale.

Bouche et pharynx. — Les sécrétions buccales sont à peu près suspendues. La *langue* est d'abord humide, blanche au centre, rouge à la pointe et sur les bords; plus tard (milieu de la 2^e semaine), sèche, cornée et fuligineuse, dans les cas graves (*langue de perroquet*). A la même période, les *lèvres* sont également sèches, fuligineuses, fendillées; les *dents* se couvrent d'un enduit noirâtre; le *voile du palais*, la *luette*, les *amygdales*, le *pharynx* sont rouges, voilés d'un enduit brunâtre. Il y a souvent de l'*angine* (pultacée, pseudo-membraneuse, aphteuse, ulcéreuse, gangreneuse ou due au muguet); celle-ci est quelquefois ulcéreuse et spéciale (Duguet et Derignac 83), contemporaine des taches rosées ou antérieure, caractérisée par des *exulcérations ovalaires*, comparables à de larges aphtes, occupant la face antérieure de l'un ou des deux piliers antérieurs. Également fréquent, le *muguet* tapisse le voile, les piliers et les amygdales presque toujours, le fond du pharynx parfois, rarement la muqueuse de la bouche et de la langue; il entraîne une dysphagie vive et rebelle.

Estomac. — La *gastrite typhique* (Chauffard), quand elle existe, se traduit, au cours de la maladie ou de la convalescence, par de l'épigastrie et des vomissements.

A la *phase d'état*, le vomissement n'est souvent que passager et accidentel. D'autres fois, par contre (2^e ou 3^e semaine), il est grave, rarement sanglant, mais lié à une *intolérance gastrique* absolue. Lors de la *convalescence*, le vomissement indique une *indigestion* ou une *rechute*, à moins qu'il ne marque le début de l'*intolérance stomacale*. Expression commune des lésions gastriques graves réalisées par la maladie, celle-ci est tantôt passagère et curable, tantôt rebelle, accompagnée d'*apepsie* complète, et, aboutissant au marasme.

Troubles intestinaux. — Les typhiques présentent souvent des *dou-*

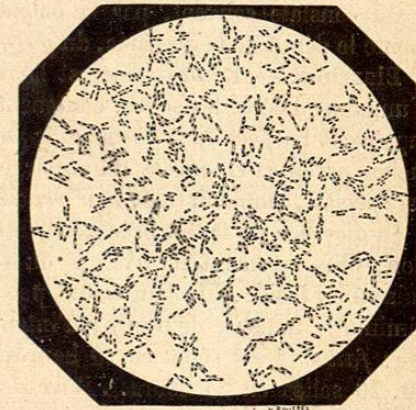


FIG. 215. — Bacilles d'Eberth en culture. (D'après Thoinot et Masselin.)