

LA FIÈVRE EXANTHÉMATIQUE (FIÈVRE ESCHARO-NODULAIRE) AU PORTUGAL ¹

Deux cas de fièvre exanthématique ont été survenus dans les mois d'août et septembre, 1929, à Lisbonne. Divulgué, dans un grand quotidien, l'apparition de cette nouvelle maladie infectieuse, pour avertir les praticiens et leur demander s'ils avaient rencontré des cas de cette nature, les réponses ne se firent pas attendre; en divers endroits de la province, l'infection avait éclaté. Dans une commune de l'intérieur, à Gouveia, les cas s'étaient sériés par dizaines depuis 1927. L'endémie a tacheté la carte du pays, du sud au nord, de l'ouest à l'est. En 1928, le Dr. Rebello récolta 12 cas, et en 1929 il en observa encore une autre douzaine, en collaboration avec le Dr. Armando Cardoso; un total de 54 cas au cours de trois années. La fièvre escharo-nodulaire se rapproche des maladies cycliques en ce sens que son évolution se fait le plus souvent régulièrement. Cette évolution s'accomplit dans une période de temps qui est, généralement, de 12 à 15 jours, avec un minimum de 10 et un maximum de 21. On peut distinguer dans cette marche l'*invasion*, la *phase pré-éruptive*, la *phase éruptive* et la *terminaison*. L'*invasion* est presque toujours brusque ou précédée de légers prodromes. La fièvre éclate tout d'un coup, avec un cortège de phénomènes généraux peu bruyants en règle générale. La *phase pré-éruptive* se signale par la nécrose cutanée et les algies; la *phase éruptive* par l'exanthème maculo-papuleux. La *terminaison* est presque toujours la guérison. La température atteint tout de suite un degré élevé, 39°, 40° et même 40.5°. La marche thermique est du type sous-continu, avec des rémissions matinales de 1° ou 1.5°. Le tracé est souvent d'une grande régularité. Dans le plupart des cas, et la série portugaise en est la preuve, l'état général n'est presque pas troublé. Les algies débütent parfois au moment même de l'invasion ou tout de suite après, s'atténuant ou s'effaçant généralement quelques jours plus tard; mais, parfois, elles se maintiennent, pouvant même devenir plus aiguës dans la période d'état. La tête et les membres sont leur siège de prédilection. La nécrose cutanée, la tache noire débute dans la période invasionnelle. Ses caractères sont presque uniformes: toujours petite et superficielle, laissant une croûte mince que peut être comparée à un pain à chatcher noir collé sur la peau. Présente, elle estampille l'infection. L'eschare peut passer inaperçue; elle a échappé jadis à de bons observateurs; même dans les cas où on la cherche attentivement, elle manquerait souvent. En Portugal, on l'a trouvée dans 5 cas sur 15. En Espagne, sur 11 cas, 4 eschares. Le siège est variable: bras, jambes, abdomen, thorax, cou; c'est une rareté qu'elle apparaisse sur les parties découvertes. L'éruption cutanée, qui sort généralement le troisième jour, présente une physiognomie uniforme: toujours généralisée, atteignant la face, les paumes des mains et les plantes des pieds, et toujours maculo-papuleuse, la surélévation nodulaire. La poussée demande de 24 à 48 heures pour s'épanouir entièrement. L'affection est si bénigne qu'on avait même pensé que son issue ne serait jamais fatale. Des cas mortels, très rares, ont été enregistrés, imputables plutôt à des états morbides antérieurs ou intercurrents. Cette bénignité est comparable à celle de l'alastrim. Sous le couvert de la maladie de Brill, on a pu croire un moment que l'infection marseillaise était réductible à l'espèce typhique. Même en mettant de côté cette opposition formelle dans la gravité et le pronostic, les deux figures cliniques ne

¹ Jorge, R.: Bull. Off. Int. Hyg. Pub. 22: 910-926 (mai) 1930.

sont pas superposables: Les *algies*, si fréquentes chez les exanthématiques, sont absentes chez les typhiques; typhus veut dire stupeur. Pas de stupeur chez les nodulaires.

L'exanthème, et voilà la différence objective des deux infections, diverge par sa forme et son siège. Maculeux, et maculeux seulement, dans le typhus, ici il est saillant, papuleux, nodulaire, boutonneux. Tandis qu'il est rarissime de voir des taches typhiques sur le visage, ici la face est presque toujours prise. L'*eschare*, quoique inconstante, est par sa fréquence et ses caractères particuliers, un sceau de la nouvelle infection, jamais signalé dans le typhus. A Rome où la fièvre éruptive de Carducci et le typhus ont sévi en même temps, on a pu faire le départ des deux affections. La confusion avec la dengue est aussi à rejeter: La durée de la dengue est bien moindre que celle de la fièvre exanthématique. Le rash de la dengue est toujours maculeux, prenant la forme rubéolique ou scarlatiniforme. Dans la dengue, pas d'*eschare*. Les cas apparaissent et se suivent sans aucun lien apparent, isolés et parsemés; ils ne se répètent pas généralement dans la même maison ni dans les maisons voisines. L'infection revêt une allure sporadique. On a toutefois observé dernièrement quelques exemples de cas familiaux et domestiques. Pas d'épidémicité proprement dite, et pas de contagiosité: la maladie ne se transmet pas aux contacts. La voilà donc foncièrement différenciée du typhus, hautement contagieux. Les exanthématiques de Gouveia étaient pouilleux et vivaient dans une promiscuité malpropre; aucun cas, cependant, ne s'est produit dans l'entourage. La fièvre escharo-nodulaire frappe indirectement toutes les classes sociales; à Lisbonne et à Porto, les malades étaient des gens aisés; à Gouveia, des pauvres et des indigents. L'*influence saisonnière* est manifeste; les cas éclosent dans la saison chaude. L'infection est thermophile, tandis que le typhus est frigophile. Pendant les mois où fleurit la fièvre exanthématique, le typhus cesse ses ravages; c'est en hiver qu'il commence à sévir, pour atteindre son acmé en mars et avril. Les tests de laboratoire de la fièvre typhoïde et du typhus ont donné des résultats négatifs. En Portugal, on a eu recours à la réaction de Weil-Félix 8 fois; jamais elle n'a été positive. Sérologie également négative dans les cas de Tapia. Donc, exclusion du typhus. Un virus spécifique préside à la nouvelle infection. D'où vient-il? comment se transmet-il? Le typhus doit sa propagation aux poux; or, la fièvre nodulaire ne jouit pas de la contagiosité typhique et les poux lui sont indifférents. L'expérimentation avec les poux a failli. S'il y a un insecte, ou quelque autre arthropode, comme vecteur, il faut le chercher ailleurs que chez les *pediculi*. L'*eschare* est toujours inaugurale; on dirait la porte d'entrée du virus, un "chancre d'inoculation." On ne peut pas échapper à l'idée d'une piqûre faite par un animal devenu virulent. L'hypothèse d'une tique comme vecteur et particulièrement des plus vulgaires d'entre elles. *Ixodes ricinus* et *Rhipicephalus sanguineus*, a été émise, et cette provenance ixodienne est très en faveur. Dans les cas urbains de Lisbonne et de Porto, l'infection datait d'un séjour à la campagne, où l'on peut attraper des tiques. L'étude comparée du typhus vrai et des pseudotyphus est maintenant à l'ordre du jour. La fièvre exanthématique européenne et les fièvres exanthématiques exotiques demandent un travail soigné de pathogénie différentielle.

Au sujet des analogies qui peuvent exister entre la fièvre exanthématique et la fièvre fluviale du Japon, le Dr. M. Tsurumi, délégué du Japon, a présenté au Comité de l'Office International d'Hygiène Publique, lors de la session d'octobre 1929, les observations suivantes. La maladie "marseillaise" ressemble beaucoup à la "fièvre fluviale," ou "maladie de tsutsugamushi" du Japon. Au point de vue clinique, par exemple, la présence d'une piqûre, déterminant une petite *eschare*, la tuméfaction des ganglions, la fièvre, l'exanthème généralisé, semblent concorder. Il faut signaler, toutefois, qu'au Japon la "fièvre fluviale" est exclusivement endémique et ne se rencontre que dans deux préfectures, où

coulent, respectivement, deux assez grandes rivières à long parcours. Les malades atteints sont presque toujours des cultivateurs qui vont travailler, en été, sur les terrains en bordure de ces rivières. La maladie est bien transmise à l'homme par un petit insecte, un acarien, "l'akamushi." En l'état actuel de nos connaissances, il serait, en tout cas, prématuré d'admettre que la maladie observée dans le bassin méditerranéen a été importée des pays d'Extrême-Orient.

La Peste en Amérique (1921-1930)

La peste a été introduite à Guayaquil (*Equateur*) en 1908 et de graves épidémies ont sévi pendant les huit années suivantes; de 400 à 900 cas ont été enregistrés chaque année. On a ensuite noté une diminution dans la fréquence de la maladie, interrompue par de petites poussées qui n'ont cependant jamais atteint l'importance des épidémies du début. La maladie a été un peu plus répandue pendant le premier trimestre de 1929 que pendant la période correspondante des sept années précédentes; 93 cas et 36 décès ont été enregistrés, contre 16 cas en 1928 et 79 cas pendant le premier trimestre de 1927. C'est au mois de février que la peste est généralement le plus répandue à Guayaquil, et la maladie diminue rapidement d'intensité pendant le deuxième et le troisième trimestre de l'année; elle n'a pas dépassé la fréquence de la normale pendant le quatrième trimestre de 1929. Pendant les premiers mois de 1930, une amélioration sensible a suivi et six cas seulement, avec quatre décès, ont été déclarés jusqu'au 15 mars. Ce chiffre est le plus faible qu'on ait enregistré pendant cette période de temps depuis l'introduction de la peste dans la ville.² La surveillance des rats a été exercée sur une grande échelle et la diminution dans le pourcentage des rats pesteux trouvés fait également ressortir une amélioration sensible. En 1926, sur 64,000 rats examinés pendant le premier trimestre de l'année, 543 seulement ont été trouvés infectés, ce qui donne un taux de 8.5 pour 1,000. Pendant le premier trimestre de 1927, ce taux était de 3.6 pour 1,000; il est descendu à 1.1 pour 1,000 en 1928 et 1.7 pour 1,000 en 1929. Aucun rat pesteux n'a été trouvé pendant le premier trimestre de 1930. Au cours des dernières années, la région infectée par la peste en dehors de Guayaquil, a diminué d'entendue. Des cas ont été enregistrés dans trois villes seulement, en 1929; à Eloy Alfaro (18 cas et 9 décès) à Milagro (3 cas et 1 décès) et à Daule (1 cas mortel). En janvier 1930, cinq cas ont été déclarés en dehors de Guayaquil, mais aucun autre cas n'a été signalé en février ni en mars.³ La létalité à Guayaquil est relativement faible, de même que partout ailleurs sur la côte du Pacifique, en Amérique de Sud. Elle était de 33.1 pour-cent en 1929, contre une moyenne de 34.6 pour-cent pour les cinq années précédentes.

La peste n'a pas été fréquente dans les plaines du Pérou, voisines de la côte depuis 1903, époque à laquelle la maladie a été introduite à Callao. Le nombre annuel de cas enregistrés a varié depuis cette date entre 400 et 1,000; en 1908, cependant, une épidémie plus grave a sévi et a provoqué 1,700 cas. La fréquence a également été assez élevée en 1926, année pendant laquelle 1,200 cas et 438 décès ont été enregistrés. Depuis cette époque, une amélioration continue s'est manifestée et le nombre de cas enregistrés est inférieur à celui des années précédentes. En 1927, on a noté 293 cas; en 1928, 261 cas, et 166 cas et 66 décès seulement en 1929. La létalité a été de 39.8 pour-cent en 1929, taux bien inférieur à celui que l'on rencontre dans les pays asiatiques. En 1929, 9 décès dus à la peste ont été signalés à Lima et 2 à Callao.³ Pendant les dix années qui ont précédé la guerre, la peste était assez répandue dans le nord du Chili, particulièrement à Iquique et à Antofagasta. La nombre de cas variait entre 182, enregistrés en 1903, et 58,

² Voir aussi le BOLETIN: août, 1930, p. 921, et décembre, 1930, p.

³ Voir le BOLETIN pour les derniers renseignements.