

INFORMATION SANITAIRE

Diagnostic Différentiel du Béribéri

C'est surtout à la période "sèche" que le diagnostic différentiel du béribéri présente de difficultés. C'est à cette période que le médecin hésite et rattache parfois à des causes diverses la polynévrite qui domine alors le tableau clinique, tandis qu'il considère souvent comme béribériques de malades atteints de troubles polynévritiques divers. On évitera, en pareil cas, bien des confusions en se rappelant que si plusieurs intoxications ou infections, fréquentes dans les régions tropicales, sont susceptibles de déterminer un ensemble de symptômes analogue à celui qu'il est classique d'attribuer au "béribéri sec" ce qui caractérise cette affection, c'est la période d'oedèmes qui précède la période sèche et aussi la localisation particulière de la polynévrite. Pour mettre cette localisation en évidence, on fait étendre le sujet à examiner dans le décubitus dorsal et on lui demande d'abord d'élever successivement chacun de ses membres inférieurs au-dessus de plan du lit, en maintenant la jambe étendue rigoureusement dans le prolongement de la cuisse. Quand il s'agit de béribéri, ce mouvement ne peut être exécuté. La cuisse s'élève bien, mais la jambe retombe inerte, le genou fléchi. On poursuit alors l'examen par l'exploration fonctionnelle des masses lombaires inférieures, en demandant au malade de passer rapidement de la position couchée à la position assise sans s'aider de ses mains et sans fléchir les membres inférieurs qui doivent rester allongés sur le lit. Les béribériques vrais sont incapables de fléchir ainsi leur tronc sur les cuisses et ils ne peuvent se relever, quand ils ont été placés sur le dos, qu'en passant d'abord dans le décubitus latéral droit ou gauche et en s'appuyant ensuite sur un coude puis sur le bras tendu. Ces deux petits signes permettent de reconnaître le béribéri dans des cas difficiles, à symptomatologie fruste ou dont l'étiologie prête à discussion. Ils confirment le diagnostic quand on les observe chez des individus qui, après avoir présenté une bouffissure généralisée, deviennent amaigris et cachectiques, sans anémie marquée cependant, et conservent, avec une polynévrite ainsi localisée, des signes de myocardite. La prédominance des troubles moteurs, et parfois trophiques, sur deux territoires musculaires dont l'intégrité est indispensable pour conserver un équilibre convenable dans la station debout, explique l'attitude si souvent décrite et bien connue du béribérique. Le long bâton que celui-ci place devant lui et auquel il se suspend des deux mains est le tuteur nécessaire qui compense l'insuffisance des muscles vertébraux. Malgré cet appui, le malade ne peut se déplacer qu'en levant très haut ses cuisses au-dessous desquelles les jambes pendent inertes. La démarche s'opère uniquement par des mouvements de la hanche sans intervention des articulations inférieures. Telles sont les constatations auxquelles peuvent conduire les observations faites dans les services hospitaliers où sont traités des béribériques mélangés à d'autres malades atteints de polynévrites d'étiologies diverses. Sans doute ne permettent-elles pas de distinguer toujours le béribéri de ces autres affections qu'on lui attribue bien souvent à tort, mais elles pourront être avantageusement utilisées dans la pratique tant que, comme le signalait le médecin inspecteur Clarac au Congrès de Médecine de Paris, en 1900, et comme on peut encore le répéter aujourd'hui, nous ne disposons pas d'un critérium permettant d'établir avec certitude le diagnostic différentiel de cette toxi-infection. (Advier: *Marseille Méd.* 104 (25 janv.) 1931.)