

## Monocluéose infectieuse du chat

par P. GROULADE et R. GUERRE

---

Nous avons observé sur quinze chats, âgés de 6 mois à 8 ans (3 de 6 à 9 mois, 5 de 10 à 12 mois, 3 de 18 mois à 2 ans, 3 de 3 ans, 1 de 8 ans) un syndrome infectieux, contagieux, caractérisé par une mononucléose (1) sanguine de 60 à 80 % (avec 15 à 35 % de monocytes).

Dans la *forme aiguë* au début, l'animal est triste, abattu, sans appétit, avec une température de 40 à 41°5, une toux pénible, souvent quinteuse, provoquant des regurgitations ou des vomissements.

Le carrefour laryngo-pharyngé est rouge avec ou sans enduit pultacé, parfois avec de petites exulcérations superficielles ou de fausses membranes. Ces mêmes lésions peuvent se rencontrer sur la langue et au niveau de la muqueuse buccale de l'articulation temporo-maxillaire.

Dans un cas nous avons assisté à l'évolution favorable d'un ictère, et dans un autre à une localisation bronchique avec dyspnée importante.

La diarrhée est exceptionnelle.

Un sujet de six mois a présenté une récurrence trois mois après la guérison d'une première atteinte.

Le temps de saignement est considérablement augmenté dans certains cas.

Nous n'avons jamais observé d'adénopathie.

*La forme chronique*, apparaissant 10 à 15 jours après le début d'une forme aiguë, se caractérise par une température de 39 à 39°5, un appétit capricieux, de l'amaigrissement, une déglutition difficile. On remarque une gêne respiratoire

---

(1) Nous adressons l'expression de notre respectueuse gratitude à M. le professeur DRIEUX qui a bien voulu examiner nos frottis et nous confirmer l'exactitude de nos constatations.

laryngée. La muqueuse pharyngo-laryngée est granuleuse. Dans quelque cas on peut voir apparaître de la diarrhée.

L'évolution de la maladie traitée est généralement favorable en 5 jours. Non traitée, on voit apparaître des complications hépatiques, rénales ou pulmonaires ou s'installer la forme chronique avec troubles digestifs.

### *Hématologie*

Dans les formes aiguës, il y a leucopénie modérée (3 à 4.000 leucocytes) sans anémie (6.500.000 à 7.500.000 hématies), avec mononucléose de 60 à 80 %. Dans les 12 cas observés le pourcentage des mononucléaires s'établissait ainsi :

Lymphocytes : 20 à 65 % moyenne de 47 %.

Monocytes : 15 à 35 % moyenne de 28 %.

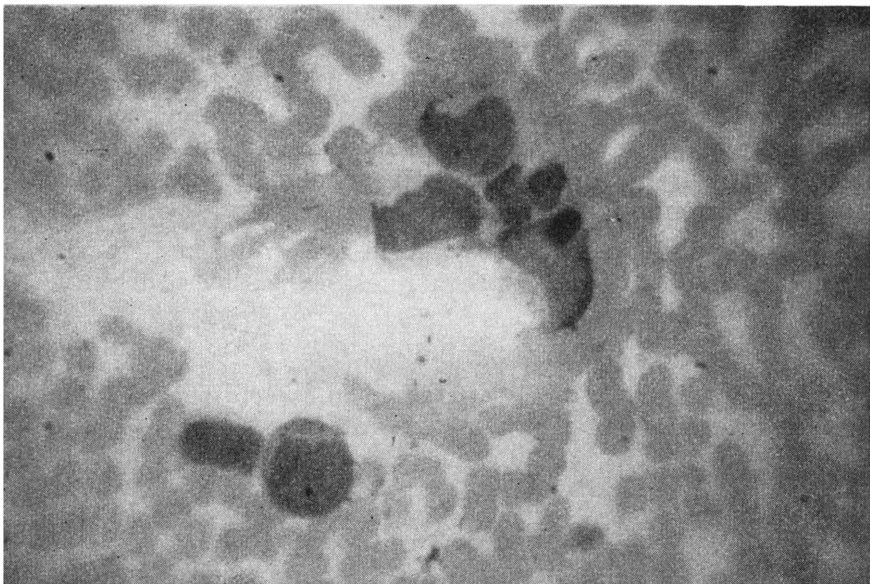


Fig. 1. — Frottis de sang périphérique. 4 Mononucléaires, 1 Granulocyte neutrophilie.

Il est à noter la présence de 5 à 15 % de mononucléaires atypiques de grande taille avec un noyau volumineux de teinte rosée uniforme et un cytoplasme ordinairement clair. Les noyaux à chromatine compacte et cytoplasme très bleu,

	Hématies	Leucocytes	Formules leucocytaires					Vitesse de sédimentation Fuente iHita			Thrombocytes	Corps de Jolly	
			Granulocytes		Lymphocytes	Monocytes	Mono atypiques	1/4	1 h.	3 h.			
			neutro	éosino									
Jar...													
5/11 .....	7.790.000	4.100	3	0	55	22	20	52	53	58		— 25 %	urée 0,32
10/11 début ictère													
12/11 .....	1.360.000	12.200	56	6	23	10	6	91	93	94	145.000	— 4 %	urée 0,59
14/11 .....	1.220.000	9.000	35	1	52	10	3				289.000	— 10 %	
18/11 .....	1.860.000	21.400	12	1	78	9		80	90	90	260.000	— 2 %	urée 0,97-32 % Erythroblastes
21/11 .....	3.650.000	15.100	7	4	80	8	1	25	45	50	270.000	68 %	urée 0,75- 6 % Erythroblastes
27/11 .....	6.370.000	17.800	42	0	56	2						— 87 %	
Chal...													
Début .....			1	4	64	20	11					— 29 %	
15 jours après guéri			73	9	16	2						— 13 %	
Da...													
8 jours après début			54	0	36	8	2					20 %	
Pit...													
Chronique .....	7.330.000	6.900	61	13	26	0		3	48	51		41 %	urée 0,54

faisant penser au mononucléaire « à tendance plasmocytaire » sont rares.

Dans les cas d'ictère on assiste à une forte baisse des hématies et une augmentation des leucocytes avec le maintien d'un taux important de mononucléaires.

Dans les cas chroniques le nombre d'hématies et de leucocytes est normal ainsi que le pourcentage de mononucléaires. On note une légère éosinophilie (10 à 15 % d'éosinophiles).

Dans les formes aiguës guéries la formule leucocytaire redevient normale en 10 à 15 jours.

Dans un tableau nous donnerons les résultats enregistrés dans un cas avec ictère, dans un cas de forme aiguë au début et après guérison, dans un cas de forme aiguë 8 jours après le début, et dans un cas de forme chronique.

La vitesse de sédimentation est accélérée.

La réaction de Paul et Bunnell pratiquée chez trois sujets 10 et 20 jours après le début de la maladie a été négative (2).

La courbe électrophonétique des protéines indique une augmentation en pic des globulines alpha 3.

Dans la moelle osseuse on remarque une nette prédominance des éléments mononucléés et des érythrocytoblastes.

### *Diagnostic*

Les signes cliniques et hématologiques ne permettent pas de confondre avec :

1° La leucopénie infectieuse, où les vomissements et la diarrhée sont beaucoup plus importants, et où le nombre des leucocytes est de 500 à 2.000 avec une lymphocytose marquée.

2° La toxoplasmose dans sa forme évolutive rapide où il y a des adénopathies, une leucopénie modérée, avec lymphocytose.

3° La gastro-entérite infectieuse ou typhus où les signes digestifs sont très marqués, et où il y a leucocytose avec neutrophilie.

---

(2) Cet examen a été pratiqué par M. le docteur-vétérinaire CAMY, adjoint au directeur des Services vétérinaires de Seine-et-Oise, que nous assurons de notre vive gratitude.

### *Traitement*

Dans la forme aiguë la Bipénicilline-Didromycine à la dose de 150 à 250 unités et 0 g. 15 à 0 g. 25 par 24 heures par voie sous-cutanée, 3 jours, nous a donné huit fois une guérison rapide. Dans cinq autres cas où cette médication avait échoué, nous avons obtenu la guérison deux fois avec la Terramycine par voie intramusculaire et deux fois avec le chloramphénicol par la même voie.

Un sujet est mort malgré les différents traitements auxquels nous avons joint un glucocorticoïde.

Au cours d'un traitement avec le chloramphénicol nous avons observé des hémorragies gastro-intestinales 12 heures après une dose de 75 mmgs pour 3 kgs de poids.

Dans les deux cas de forme chronique, les antibiotiques nous ont paru sans action.

Dans tous les cas, nous avons pratiqué des injections de sérum glucosé isotonique à la dose de 40 à 80 cc. par 24 heures, pendant 3 à 5 jours.

---

### **DISCUSSION**

M. MARCENAC. — J'ai été très intéressé par cette communication relative à une maladie qui, sous le même terme, est tout à fait différente de celle de l'homme, et en particulier de celle de l'enfant. Dans la mononucléose de l'homme il y a presque toujours réaction adémi-que, et surtout splénique. Par ailleurs, la réaction de PAUL et BUNELL est nettement spécifique, ce qui permet de la différencier d'avec d'autres leucoses de plus grande gravité.

La mononucléose du chat est, pour M. GROULADE, rebelle à toute thérapeutique efficace. Elle se rapproche ainsi de celle de l'homme qui guérit à la longue par des médications symptomatiques. J'ai pu suivre chez un de mes proches une mononucléose infantile très sérieuse, avec récédive au bout d'un an. Il apparait vraiment que la maladie du chat décrite par M. GROULADE est tout à fait différente de celle de l'homme.

M. GROULADE. — Nous n'avons jamais observé d'adénite ; les symptômes sont surtout respiratoires et bénins puisque les vomissements observés sont dus à la toux ; ce sont des régurgitations provoquées par cette toux.

M. VELU. — Lorsque j'ai reçu l'ordre du jour de cette séance de l'Académie, je lisais, dans le *Bulletin de l'Institut Pasteur* d'Avril 1959, l'analyse 3.383 et une note de MM. CHAIKEN et MICHAUD parue dans le *New England Journal of Medicine* de 1958 avec 17 référence ; cette note rapportait un cas sévère chez l'homme d'une affection qui présentait les signes cliniques et hématologiques d'une mononucléose infectieuse, mais non les signes sérologiques (absence d'anticorps hétérophiles spécifiques) et où on a pu isoler le *Listeria monocytogène*. Elle avait d'ailleurs pour titre « L'infection à *Listeria monocytogènes* et ses relations avec la mononucléose infectieuse ».

Les auteurs ne sont pas les seuls d'ailleurs à s'être posé cette question que la similitude des signes cliniques (angines, formes nodulaires, pulmonaires généralisées, méningites, encéphalites, avortements, etc...), des signes hématologiques et des signes sérologiques, a soulevée depuis quelques années. Par une coïncidence heureuse LAPEYSSONNIE l'exposait dans un article que j'avais également lu peu de jours auparavant dans la *Biologie Médicale* d'Avril 1959, article duquel je voudrais vous citer quelques extraits.

LAPEYSSONNIE rappelle que dans un nombre non négligeable de cas des *Listeria* ont été signalées au cours d'un syndrome infectieux étiqueté « mononucléose infectieuse » ; que le sérum de convalescent de mononucléose infectieuse agglutine les *Listeria* du laboratoire ; que la réaction de PAUL et BRUNEL présentée comme caractéristique de la mononucléose infectieuse présente de nombreuses défaillances, que cette réaction manque de spécificité, car le sérum des malades ou convalescents de mononucléose infectieuse donne des réactions faussement positives de la syphilis et agglutine les hématies sensibilisées avec du virus de Newcastle, enfin que le rôle des *Listeria* peut être par contre minimisé, car, dans de nombreux cas de mononucléose infectieuse où l'on n'isole pas des *Listeria*, le sérum de convalescents n'agglutine pas les *Listeria* et l'absence de réponse immunologique est observée même chez les malades inoculés avec des germes tués. Et LAPEYSSONNIE en arrive à poser le problème de la façon suivante :

1° Existe-t-il des mononucléoses infectieuses à *Listeria* et des mononucléoses infectieuses à virus ?

2° Dans les mononucléoses infectieuses supposées à virus, l'agent pathogène n'est-il pas une forme fractionnée de *Listeria*, nuisible et peu pathogène ?

3° Ou bien dans les prétendues mononucléoses infectieuses à *Listeria*, le bacille n'est-il pas un simple germe de sortie ?

Et dans les conclusions, je signale enfin la similitude qui existerait entre la listériose et d'autres affections qui intéressent LAPEYSSONNIE ; les toxoplasmes.

J'en arrive ainsi à la conclusion que je tirais à la dernière séance, à l'occasion de la note de MM. LEVADITI et VALLÉE sur les maladies infectieuses à virus et les germes de sortie, y compris les protistes et le rôle étiologique qu'il convient d'attribuer à chacun des agents rencontrés. Ce problème étiologique, M. GROULADE se l'est-il posé ?

M. GROULADE. — Je dois rappeler, à ce propos, que M. LEVADITI signalait que non seulement les symptômes ne répondaient pas à la toxoplasmose, mais que les sérums qui ont été soumis aux tests ont toujours été régulièrement négatifs, bien que répétés.

M. BRION. — Je voulais demander à M. GROULADE s'il n'a rien observé d'anormal sur les globules rouges ?

M. GROULADE. — Non.

M. LE PRÉSIDENT. — Je demande au colonel VELU si l'on signale des cas de listériose chez le chat ?

M. VELU. — Je n'en sais rien.

M. GORET. — J'ai deux cas extrêmement récents.

M. LEBEAU. — J'ai été intéressé par la communication de M. GROULADE. Je voudrais lui poser la question suivante : a-t-il remarqué parfois, même avec une dose tout à fait classique de 0,25 de dihydrodrotreptomycine chez le Chat, des troubles locomoteurs ?

M. GROULADE. — Oui.

M. LEBEAU. — C'est très fréquent ?

M. GROULADE. — Je l'ai remarqué mais ce ne doit pas être fréquent.

M. LEBEAU. — Il y a donc intérêt à continuer cette médication, mais il est indispensable de prévenir le propriétaire qui pourrait s'inquiéter s'il n'était pas averti.

---