

Un cas de Fièvre Q à l'École nationale vétérinaire d'Alfort

par J. GUILHON et H.-D. DELLMANN

La Fièvre Q (Query fever), ou Coxiellose, est une rickettsiose commune à l'Homme et aux animaux, dont l'existence, dans une région, est le plus souvent révélée par la maladie humaine, beaucoup plus rarement par la maladie animale.

Observée, pour la première fois, en Australie, en 1937, elle a été retrouvée, depuis cette époque, dans de nombreux pays y compris la France. Ce sont surtout les personnes qui sont en contacts fréquents et répétés avec les animaux qui sont évidemment les plus exposées et les vétérinaires rentrent nécessairement dans cette catégorie.

Dans notre pays les premiers cas de Coxiellose ont été signalés, en 1940, parmi le personnel des abattoirs de Strasbourg, puis ultérieurement dans le Centre (Moulins, Montluçon) et sporadiquement dans divers départements (Hérault, Seine).

La Coxiellose ne doit donc plus être considérée comme une maladie exotique, accidentellement constatée dans les régions tempérées, mais comme une maladie mondiale qui peut apparaître d'une façon sporadique ou endémique à l'occasion d'une ou plusieurs contaminations humaines, d'origine animale.

Ses symptômes, son évolution et son traitement sont d'autant plus intéressants à connaître qu'il s'agit d'une maladie à tendance professionnelle et qu'elle peut être méconnue et par conséquent confondue avec diverses maladies telles que la fièvre typhoïde et la brucellose. L'observation détaillée, ci-dessous rapportée, nous semble ajouter une nouvelle preuve de l'intérêt que l'on doit accorder à l'étude de la Coxiellose, envisagée sous l'angle de la Pathologie comparée.

M. D..., élève à l'École vétérinaire d'Alfort, sa scolarité terminée, part en vacances, en Sarre. Il effectue, ultérieurement, trois déplacements dans les départements d'Indre-et-Loire, du

Maine-et-Loire et de la Sarthe, puis séjourne en Afrique du Nord et quelques jours encore en Sarre avant la rentrée scolaire. A cette époque, M. D... est abattu, présente de fortes céphalées et souffre de l'estomac. Le 17 octobre 1953, dans la nuit de son arrivée à Paris, il est couvert de sueurs froides, il n'a plus d'appétit, mais une soif intense, la température atteint 38°,5, puis pendant deux jours, elle oscille entre 40° et 40°,5 et M. D..., qui reste au lit, est constamment couvert de sueurs profuses, mais ne présente aucun symptôme intestinal. Le 19 octobre, ne constatant aucune amélioration, bien au contraire, le malade appelle en consultation un médecin qui diagnostique une rhino-pharyngite et conseille des gargarismes à l'eau oxygénée, des suppositoires au bismuth et des injections de pénicilline. Il n'en résulte aucune amélioration générale. Des états d'angoisse, une très grande sensibilité à la lumière et au bruit, inquiètent M. D... d'autant plus que ses forces régressent et que la fièvre ne diminue pas, puisque le 22 octobre elle atteint 41° C. Pour étancher une soif pénible à supporter, il commet l'imprudence de boire, abondamment, de l'eau de Vichy et du thé froid. Il s'ensuit une diarrhée intense et il ressent de vives douleurs intestinales. Le même praticien, appelé une deuxième fois, constate la guérison de la rhino-pharyngite, mais des douleurs au niveau de l'hypocondre gauche lui font reconnaître une splénomégalie assez accusée; l'état général ne s'étant pas amélioré, au contraire, il conseille l'hospitalisation urgente.

M. D... entre à l'hôpital le 22 octobre, à 8 heures du matin; le diagnostic clinique de fièvre typhoïde est posé par plusieurs médecins et l'interne. Un traitement à la Tifomycine est ordonné (1,5 g par jour) ainsi que les vitamines C et B. Le lendemain, légère amélioration de l'état général, mais l'anorexie, la soif intense, subsistent. Un prélèvement de sang est effectué aux fins d'hémoculture et de séro-diagnostic pour établir plus précisément le diagnostic de fièvre typhoïde; le lactéol est ajouté au traitement à la Tifomycine.

Le 29 octobre, le médecin chef confirme le diagnostic de fièvre typhoïde et conseille la vessie de glace sur un cæcum à borborygmes (1). Jusqu'au 26 octobre aucun changement appréciable. Toutes les épreuves de laboratoire demandées sont négatives (hémocultures, séro-agglutination, réaction de Wassermann, examens coproscopiques) ainsi qu'une séro-agglutination solli-

(1) Provoqués vraisemblablement par la trop grande quantité de liquide absorbé imprudemment avant l'entrée à l'hôpital.

citée par le malade (1) pour éliminer la brucellose. Malgré ces résultats le traitement contre la fièvre typhoïde est maintenu jusqu'au 5 novembre. La température baisse, la splénomégalie s'est effacée, l'amélioration est manifeste. M. D..., qui a perdu 7 kg, commence à manifester de l'appétit, mais comme le diagnostic de fièvre typhoïde n'est pas éliminé par les médecins traitants, le régime alimentaire reste léger et sévère.

C'est à cette époque de l'évolution de sa maladie (6 novembre), que M. D... prie un de ses camarades (2), qui le visite régulièrement, de solliciter l'avis de l'un d'entre nous. La récapitulation des symptômes et la défervescence heureuse de l'état fébrile provoquée par d'administration de Tifomycine ou Chloromycétine nous ont incité à orienter M. D..., et par son intermédiaire les praticiens traitants, vers le diagnostic de *Fièvre Q* ou *Coxiellose*.

Le lendemain 7 novembre, M. D... demandait qu'on lui fasse une prise de sang aux fins de diagnostic sérologique de rickettsiose à *Coxiella burneti*. M. GIROUD (3), sollicité par l'un d'entre nous pour effectuer les réactions nécessaires (déviation du complément et séro-agglutination microscopique avec antigène spécifique), répond qu'elles sont nettement positives en présence de l'antigène *C. burneti*. Il s'agit donc bien, comme nous l'avions pensé, de Fièvre Q et non point de fièvre typhoïde.

Le 8 novembre, le traitement est arrêté. M. D... reste cependant à l'hôpital jusqu'au 14 novembre afin de préparer un compte rendu sur ses activités professionnelles et se reposer. Il a, en effet, perdu 8 kg et se sent très faible. Du 14 au 21 novembre son état s'améliore progressivement, mais lentement.

Il part le 16 novembre en Sarre pour y séjourner jusqu'au 27 du même mois. Le 22 novembre, alors qu'il se repose dans sa famille, la température monte brusquement à 38°,5. Croyant à un nouvel accès rickettsien, M. D... absorbe de la Tifomycine (1,5 g par jour) mais, ne constatant aucune amélioration de son état (céphalées, sueurs profuses, splénomégalie très accusée, anorexie, abattement extrême, le contraignant à dormir jusqu'à 20 heures par jour), il téléphone à l'hôpital, où il fut soigné, pour signaler son état et l'inefficacité de la Tifomycine pour le faire régresser. On lui conseille d'absorber des dragées d'auréomycine qui semble faire disparaître la fièvre, mais n'améliore pas l'état

(1) Il avait, en effet, effectué une intervention obstétricale sur une vache reconnue brucellique, pendant une période de remplacement.

(2) M. CHODKIEWICZ, assistant à l'École d'Alfort.

(3) Que nous remercions très vivement de son obligeance.

général. Cependant, le 27 novembre, M. D... revient à l'Ecole d'Alfort voir l'un d'entre nous et lui demande son opinion sur les causes possibles de l'accès dont il vient encore d'être victime.

Nous remarquons le grand amaigrissement (1), et l'extrême pâleur des muqueuses qui nous incitent à penser à un accès de paludisme consécutif à l'accès rickettsien. Un étalement de sang dans lequel nous constatons une nette anisocytose et des gamètes mâles de *Plasmodium falciparum* confirme notre opinion. La numération leucocytaire (3.950 au mm³), la numération érythrocytaire (3.670.000 au mm³) et l'image sanguine :

Polynucléaires neutrophiles	40	pour cent
Polynucléaires éosinophiles	1,5	—
Polynucléaires basophiles	1	—
Lymphocytes	42	—
Monocytes	5	—
Cellules non déterminées	10,5	—

montrent une anémie certaine et des changements importants dans les proportions des divers éléments figurés du sang. M. D... retourne en convalescence dans sa famille et lorsqu'il revient à l'Ecole d'Alfort nous effectuons divers prélèvements pour apprécier l'amélioration des signes hématologiques :

Temps de saignement	2 minutes 30
Temps de coagulation	7 minutes
Numération érythrocytaire	4.600.000
Numération leucocytaire	7.820
Image sanguine.. P. neutrophiles	60 pour cent
P. éosinophiles	1 —
P. basophiles	1 —
Lymphocytes	34 —
Monocytes	4 —

L'anisocytose est moins marquée, mais on trouve encore de nombreux corps en croissant de *Plasmodium*, mais plus de cellules jeunes. L'état général de M. D... s'est nettement amélioré mais il reste amaigri et affaibli et il lui faudra attendre près d'une année pour recouvrer tous ses moyens physiques et intellectuels.

(1) M. D... bien portant, avait une corpulence et une vitalité nettement au-dessus de la moyenne.

L'origine de la contamination de M. D... est difficile à déterminer aussi bien dans le temps que dans l'espace. Toutefois, lors d'un remplacement dans le département de l'Indre, M. D... est intervenu, entre le 1^{er} et le 15 septembre 1953, pour délivrer partiellement une brebis qui a donné naissance, à terme, à deux agneaux non viables. Est-ce à cette occasion qu'il s'est contaminé ou en Algérie ? Il a été impossible d'en apporter la preuve précise *a posteriori*.

En conclusion, ce nouveau cas authentique de Fièvre Q ou Coxiellose, observé à Alfort, montre que la maladie peut être confondue avec la fièvre typhoïde, voire avec la brucellose au début de son évolution et qu'elle doit être considérée non plus comme un parasitisme exotique, mais comme une nouvelle maladie professionnelle à dispersion mondiale.

Discussion

M. GIROUD. — Je félicite M. GUILHOX pour son importante observation. Mais je voudrais souligner que M. D... est un sujet étranger et qu'au fond il a été victime d'une infection à *Rickettsia*, mais où s'est-il contaminé ? Je me suis tout de suite posé le problème, et grâce à M. GUILHOX, j'ai eu quelques sérums des animaux que M. D... avait pu traiter en Indre-et-Loire. Or, ils étaient tous négatifs vis-à-vis de *Rickettsia burneti*.

Comme M. GUILHOX nous apprend, aussi que M. D... est allé en Afrique du Nord; il est possible qu'il se soit contaminé là-bas. Ces temps derniers j'ai observé 175 cas d'infection à *Rickettsia burneti* chez des jeunes soldats stationnés à Batna; presque tout l'effectif a contracté l'infection.

On constate le fait suivant : des sujets autochtones ne présentent aucun symptôme, et il suffit que l'on amène dans la région des sujets neufs pour qu'ils soient contaminés et présentent des signes cliniques de rickettsiose.

Un deuxième fait extrêmement intéressant dans l'observation de M. GUILHOX, c'est que M. D... a fait une rechute. Celle-ci n'était pas de nature rickettsienne. J'ai estimé qu'elle ne l'était pas parce que j'ai pu, grâce à M. GUILHOX examiner le sérum de M. D... deux fois. Une première fois, immédiatement après sa maladie, la réaction était très positive vis-à-vis de *Rickettsia burneti* et les anticorps existaient à un taux élevé. S'il y avait eu rechute rickettsienne le taux des anticorps se serait de nouveau élevé au moment du nouvel accès thermique, mais au contraire, il était très bas; ce qui permet, seulement, de conclure que dans les mois précédents M. D... fut victime d'une infection rickettsienne. Par conséquent, la rechute fébrile, comme l'a démontré M. GUILHOX, n'était pas due à une infection rickettsienne, mais probablement à la présence des hématozoaires du paludisme dans le sang de M. D...

Je reviens sur un autre point de l'observation : le syndrome fébrile du sujet. En fait, il a fait un syndrome pseudo-typhoïdique. Or, classiquement, on a surtout décrit les infections de type grippal ou les grosses lésions pulmonaires, et c'est l'année dernière, avec mon collègue LEGAC que nous

avons insisté sur les formes exanthématiques. Or, ceci a une importance considérable parce que jusqu'à présent, toutes les fois que l'on voyait un exanthème on éliminait le diagnostic d'une infection à *Rickettsia burneti*. Il faut donc au contraire y penser.

M. GUILLOT. — Je tenais à signaler, comme vient de le faire M. GIROUD, l'existence de la coxiellose au Maroc, révélée tant chez l'homme que chez les animaux, par les examens sérologiques. Le diagnostic en a été confirmé chez un de nos confrères militaires de Fez, chargé de la surveillance d'une importante fabrication de viande de mouton désossée et congelée en caisses; l'observation clinique, rapportée par A. ARMAND et R. SENDRAL (*Maroc Médical*, 1934, **33**, p. 334, 4026-4027), rappelle quelque peu celle que vient de nous présenter M. GUILLOUX (fièvre élevée, avec signes respiratoires d'allure grippale et splénomégalie).
