

## Paralysie par les Tiques.

par MM. Ch. GARIN et BUJADOUX

*Nous rapportons une observation de paralysie par les Tiques, la première, croyons-nous, qui soit publiée en langue française.*

*Cette maladie qui n'avait encore été observée qu'en Australie, en Colombie anglaise, en Afrique du Sud, par Nuttal, Hawden, Strickland, etc, n'a pas encore été signalée en France.*

*Cette maladie existe spontanément chez le mouton, et se transmet à l'homme par la piqûre d'une tique, l'*Ixodes hexagonus* dans notre cas personnel.*

*Notre cas diffère des cas anglais par : 1° l'existence d'une éruption cutanée ; 2° l'existence de lésions des centres nerveux ; 3° l'existence de lésions méningées.*

*Si celle maladie est due à un virus (Spirochète sans doute), comme on le soupçonne, notre observation indique qu'il faudra rechercher ce virus dans les centres nerveux, et non point dans le sang, comme cela a été fait sans succès jusqu'ici.*

Cette singulière affection est complètement inconnue en France, et nous croyons que l'observation que nous vous apportons aujourd'hui, est la première qui ait été publiée dans notre pays. Le seul travail écrit en français sur ce sujet, est un court article de vulgarisation de JOYEUX paru dans la *Presse Médicale* du 5 avril 1922.

Cette affection consiste en une paralysie plus ou moins grave, parfois mortelle, consécutive à la piqûre de Tiques.

Elle a été étudiée en Australie, en Colombie anglaise et dans l'Afrique du Sud, par les auteurs de langue anglaise. NUTTAL, HAWDEN, STRICKLAND, TODD JOHN.

La *paralysie par les Tiques* est produite en Colombie britannique, par *Dermacentor venustus*, qui transmet aussi à l'homme la fièvre pourprée des montagnes rocheuses ; en Australie elle est due à *Ixodes holocyclus*.

Dans le cas que nous rapportons, la Tique à incriminer semble être l'*Ixode hexagonus*.

Notre malade que nous avons prié, en effet, de nous envoyer des Tiques analogues à celle qui l'a piqué lui-même nous a envoyé deux exemplaires de cet *Ixode* recueillis sur le mouton.

La *paralysie par les Tiques* a été observée sur divers animaux, les chiens, les chats, les moutons, et les cas humains ont été observés surtout chez des enfants, plus rarement chez des adultes.

Le malade, qui fait l'objet de ce travail, est un cultivateur qui nous a été adressé par le docteur HINGLAIS, de Bessenay ; cet homme élève chez lui des moutons. Il a vu souvent sur eux des Tiques, ainsi que sur son chien. Il n'a jamais eu chez lui de moutons atteints de paralysie.

Voici maintenant l'histoire clinique de notre malade :

B. Jean-Marie, 58 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bruno, le 26 août 1922, pour des douleurs au niveau des jambes, de la base du tronc et du bras droit avec de la parésie et de l'atrophie du deltoïde droit,

Il est à remarquer combien est peu chargé le passé pathologique de ce sujet. D'une famille où l'on vit vieux (sa mère mourut à 86 ans), cet homme a toujours vécu en parfaite santé ; il est marié à une femme toujours bien portante, qui n'a jamais eu de fausses-couches et lui a donné trois fils actuellement en bonne santé. Il nie naturellement toute spécificité et dans son service militaire en Algérie, n'accuse qu'une crise de dysenterie et un peu de paludisme, mais, depuis dix ans, il n'a plus eu d'accès. On ne relève sur son corps ni cicatrices, ni taches pigmentaires suspectes.

C'est donc dans un état de santé parfaite apparemment que, vers le 14 juin 1922, il fut piqué par une Tique à la fesse gauche. Il a parfaitement reconnu le parasite, habitué qu'il était à en trouver sur ses chiens ou ses moutons, et il l'arracha, sans trop s'inquiéter de la tête.

Mais trois semaines après, il fut tout à coup frappé par la maladie d'une façon rapide, douloureuse, voire inquiétante et à coup sûr insolite.

Après quelques élancements dans la fesse gauche et quelques irradiations dans le domaine du sciatique du même côté, le D<sup>r</sup> HINGLAIS, qu'il consulta alors, constata au niveau de la fesse gauche, avec comme ; centre la piqûre, une auréole inflammatoire large comme une pièce de cinq francs, rouge, chaude, douloureuse, et une adénopathie inguinale gauche sensible au palper.

Ultérieurement, augmentation de l'étendue de l'aurole en un vaste placard rouge, à surface unie, sans vésicules, occupant la fesse gauche, atteignant la droite, puis l'hypocondre, la base du tronc et la cuisse gauche jusqu'au genou.

Aucune réaction thermique, urines normales. En même temps, le malade souffre d'abord au niveau de la fesse, dans la zone de l'érythème, puis dans les deux sciatiques, ensuite dans les nerfs intercostaux, enfin dans le plexus brachial droit avec des irradiations dans le domaine du cubital. Mais surtout il souffre d'une façon atroce ; en quelques jours, sans aucun succès, son médecin épuise l'arsenal antinévralgique ; la morphine elle-même ne procure qu'un soulagement très passager.

En juillet et août, pendant deux mois et demi, le malade souffrit ainsi; vers le 16 septembre, sur le conseil du D<sup>r</sup> HINGLAIS, le malade entreprit le voyage de Lyon en automobile pour consulter M. GARIN qui le fit admettre dans le service. On nota alors les détails suivants :

*Poumons et cœur* normaux ; pouls 96 ; Température : 37,5 ; *foie et rate* non perçus à la palpation, ni à la percussion ; *adénite* inguinale gauche non douloureuse, chaîne ganglionnaire derrière le sterno-cléido-mastoïdien droit ; rien à gauche, ni dans les aisselles : rien aux *organes génitaux* ; urines normales.

L'examen du *système nerveux* montre :

1° Une parésie marquée avec atrophie nette du deltoïde droit ; impossibilité absolue de soulever le bras en aileron de ce côté ; les mouvements de l'avant-bras droit sont normaux.

2° Aucun trouble objectif de la sensibilité explorée à tous les modes ; subjectivement le malade se plaint de douleurs atroces dans l'épaule avec irradiations le long du cubital droit. Il accuse deux points très douloureux à la base du thorax, à l'extrémité antérieure des deux derniers espaces intercostaux. Il accuse là des douleurs en ceinture, qui gênent la respiration. Aucune atrophie ; les douleurs sciatiques, d'abord des plus vives, ont beaucoup diminué après la première injection de novarsénobenzol ; pas de troubles trophiques des membres inférieurs,

3° Les réflexes tendineux sont normaux ; les pupilles se contractent aux deux modes. Le malade est agité, frissonnant, inquiet.

Le 3 octobre, l'examen général reste sensiblement sur les mêmes positions. En faisant asseoir le malade, on constate une ébauche de Kernig.

Le même jour, on pratique une ponction lombaire :

«Liquide eau de roche; sucre normal; hyper-albuminorachie à + de 1 gr. 30 pour 1000; 75 éléments blancs à la cellule de Nageotte. Formule cytologique mixte avec prédominance des polynucléaires. Pas de microbes, ni de Spirochètes ou de Spirilles. Réaction de Wassermann légèrement positive ».

Le 17 octobre, le malade demande son départ. Il se déclare assez amélioré pour pouvoir s'occuper à la maison; cependant ses mouvements d'élévation du bras droit sont encore gênés, l'atrophie du deltoïde persiste, il souffre encore à la base du thorax bien que de façon plus supportable.

Le traitement pratiqué du 26 septembre au 16 octobre fut de quatre injections de néo-Billon à 0,10 ; 0,30 ; 0,45 et 0,60 centigr. précédées, les trois dernières, d'injections de cyanure de Hg.

A noter que les douleurs très vives ont cédé aussitôt après la première injection de novarsénobenzol.

Depuis son retour chez lui, notre malade nous a donné de ses nouvelles le 30 octobre et le 8 novembre. Il ne souffre plus, mais les mouvements du bras sont encore gênés.

Cette observation semble donc bien être un cas de *paralyse par les Tiques*. Sans doute le Wassermann a été trouvé faiblement positif, mais on sait que dans d'autres maladies transmises par les Tiques : la fièvre pourprée des Montagnes rocheuses, et la fièvre récurrente, le Wassermann est également positif. D'autre part, notre homme n'a aucun signe clinique qui permette de penser chez lui à la syphilis.

Au point de vue expérimental, HAWDEN, en Colombie, a obtenu les résultats suivants :

Il a pu infecter des agneaux en les faisant piquer par une Tique : le *D. venustus*; la maladie s'est déclarée six à sept jours après la piqûre.

Il n'a pas pu reproduire la maladie par injection du sang d'un malade à un animal sain.

Il n'a pas pu découvrir l'agent pathogène.

Au point de vue étiologique, les auteurs anglais admettent qu'il s'agit soit d'un agent infectieux transmis par la Tique, soit d'une toxine inoculée par le parasite.

Pour notre part, nous admettrions volontiers qu'il s'agit d'un virus transporté par les Tiques. C'est en admettant cette hypothèse que nous avons administré du novarsénobenzol à notre malade. Cette médication a eu une action efficace, en supprimant très rapidement les phénomènes douloureux.

Notre observation diffère de celles des auteurs de langue anglaise par l'existence d'un érythème au début. Elle en diffère aussi par l'espèce de Tique responsable des accidents : cette Tique étant *Ixodes hexagonus*.

Nous nous proposons de recueillir des Tiques au printemps prochain, dans le village habité par notre malade, et d'essayer de reproduire par leur piqûre la maladie chez l'animal.

Le virus devra être recherché non pas dans le sang, mais dans les centres nerveux, les cornes antérieures de la moelle et les méninges ayant été atteintes chez notre malade.

BIBLIOGRAPHIE

NUTTALL. — « Tick paralysis » in man and animals *Parasitology*, vol. VII, n<sup>o</sup> 1, may 14, 1914, p. 95

HAWDEN. — On « Tick paralysis » in Sheep and man following bites of *Dermaceutor venustus*. *Parasitology*, vol. VI, 1913, p. 283-297. (1).

HAWDEN AND NUTTALL. — *Ibid.*, 1913, p. 299 à 301. On trouvera la bibliographie de tous les auteurs antérieurs à la page 297.

STRICKLAND C. — Note on a case of Tick Paralysis in Australia. *Parasitology*, vol. VII, p. 379, 1915.