

TIRÉ A PART

TOME I
1946

FASCICULE II
Mars - Avril

Acta Clinica Belgica

*Organe Officiel
de la Société Belge de Médecine Interne
et des Sociétés Cliniques des Hôpitaux de Belgique*

**MYALGIE ÉPIDÉMIQUE
(MALADIE DE BORNHOLM)**

PAR

JACQUES DAGNELIE

(pages 103 à 116)

LES EDITIONS « ACTA MEDICA BELGICA »

MYALGIE ÉPIDÉMIQUE (MALADIE DE BORNHOLM) (1)

PAR

JACQUES DAGNELIE

(reçu le 20 janvier 1946.)

L'exposé d'un cas démonstratif de myalgie épidémique (maladie de Bornholm) nous permettra de procéder à une révision de connaissances relatives à cette affection, de constater la persistance d'inconnues à son sujet et d'aider, peut-être, par notre publication ceux qui seraient amenés, après nous, à observer des exemples de cette intéressante entité nosologique.

Observation n° 1611 (an. 1944) : Garçon de 16 ans.

Les antécédents personnels de cet adolescent méritent d'être cités parce qu'ils ne furent pas sans impressionner le médecin-traitant qui nous appela au chevet de son patient au quatorzième jour de la maladie aiguë (*voir repère sur la feuille de température*).

L'enfant avait été atteint, à quatre ans, d'abcès froids du cou.

A douze ans, il présenta une recrudescence de ses adénopathies; il devint alors anormalement fatigué et présenta de la subfébrilité (37°6 à 38°); il déclara souffrir des oreilles, mais un auriste compétent ne constata pas d'anomalies.

Peu après, ce garçon fit un phlegmon à staphylocoques dorés, au cou, au lieu d'un ancien abcès froid; la lésion eut une évolution assez traînante et régressa après l'élimination de concrétions calcaires.

A quatorze ans, le patient était resté maigre et avait un mauvais état général; il avait en outre un aspect anormalement malheureux; dès lors, le médecin (qui le traitait encore en 1944), le considéra comme un « tuberculeux de fond », malgré l'absence de nouvelles localisations évolutives. Le traitement de l'état général institué par ce praticien eut un franc succès : le garçon pesait 43 kgrs en mars 1942 et atteignait 51 kgrs en juillet de la même année; la thérapeutique fut complétée par une cure de rayons ultra-violets et par un séjour à la campagne.

Pendant l'année scolaire 1942-43, en se ménageant, en fréquentant la classe en demi-temps, en se faisant aider de professeurs particuliers, le convalescent avait pu se maintenir au rang de ses camarades d'études; il avait également bien supporté la fréquentation d'un cours de gymnastique.

L'année scolaire 1943-44 avait été commencée assez normalement; il persistait une fatigabilité discrète; le jeune homme pesait 53 kgrs en décembre 1943.

Pour en terminer avec ces antécédents du malade, citons dès maintenant que nous déclarâmes au médecin-traitant, lors de notre consultation, que l'affection

(1) Communication faite :

à la *Société Belge de Neurologie*, le 29 avril 1944;

à la *Société Clinique des Hôpitaux de Bruxelles*, le 9 décembre 1945.

dont nous débattions ne paraissait pas en liaison directe avec le passé pathologique relaté :

- l'état général du jeune homme était peu altéré ;
- nous ne trouvons pas les signes habituels d'une imprégnation tuberculeuse présente ;
- le lieu des anciennes lésions du cou était parfaitement cicatriciel ;
- l'examen clinique méthodique par le médecin-traitant et par nous ne révélait aucun symptôme d'une lésion tuberculeuse en évolution.

L'histoire de la maladie qui nous occupait avait été la suivante :

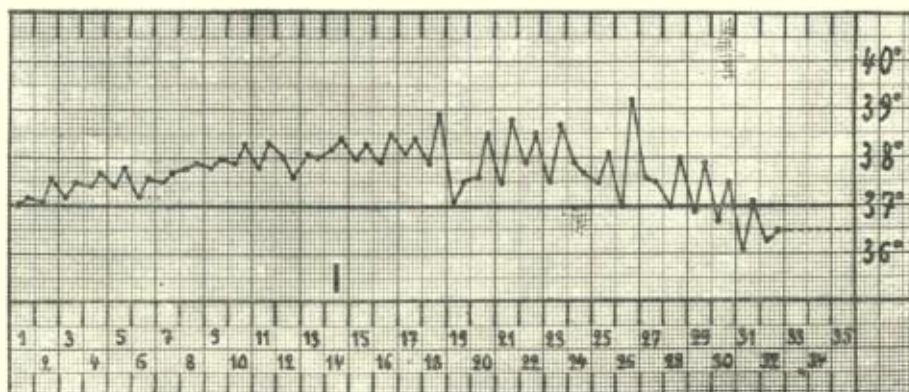
Deux jours avant le début rapide de l'affection, à la mi-janvier 1944, l'adolescent, malgré que cela lui eût été déconseillé, était allé rendre visite à un camarade qui souffrait d'une « grippe » particulière, caractérisée par une rachialgie dépassant ce qui existe habituellement dans cette affection et aussi par une douleur intense, qui ne dura qu'un jour, dans la région scapulaire.

Quarante-huit heures, donc, après cette visite, le jeune homme tomba malade, imité en cela par son père dès le lendemain. La mère et le frère (19 ans) ne présentèrent pas de signes.

L'affection du père fut brève : elle fut caractérisée surtout par d'intenses douleurs dans les muscles masséters, myalgies qui gênèrent fortement la mastication, mais qui ne durèrent que deux à trois jours.

Pendant la courte incubation, le jeune malade, pour lequel nous étions consulté, perçut une sensation de fatigue.

Puis la maladie se précisa assez subitement en donnant une impression de « torticolis » douloureux du côté droit. Il s'établit, vite, une douleur intense de l'épaule droite (sans blocage de celle-ci), puis du bras droit, puis du grand pectoral homolatéral ; la douleur eut un caractère aigu, abattant le malade à certains moments, n'altérant cependant pas fortement son état général, nécessitant l'emploi répété d'analgésiques, — d'ailleurs peu efficaces. L'algie paraissait, selon le malade et le médecin-traitant, siéger dans les muscles et un nodule tissulaire particulièrement douloureux avait été repéré au niveau du sternocleido-mastoïdien droit, qui était tuméfié de façon diffuse. Le patient perçut aussi un léger degré de sensibilité au niveau d'une cheville et nota un peu d'irritabilité cutanée dans les zones où les muscles étaient douloureux.



Il s'établit une température siégeant d'abord entre 37° et 38°, pour se fixer aux environs de 38°.

Il apparaissait parfois, dans la journée, une sédation de la douleur qui reprenait ultérieurement en paroxysme. Au septième jour de la maladie survint une telle sédation du mal que le malade crut que son affection allait tourner court et put se lever, mais la douleur reprit vite au moins aussi aiguë.

Au quatorzième jour de la maladie, nous avons relevé les signes locaux suivants :

— le sterno-cleido-mastoïdien, le deltoïde, le biceps et le grand pectoral droits étaient électivement et fortement douloureux à la pression et à la mobilisation; leur palpation donnait la sensation d'une consistance plus ferme que celle de leurs homonymes symétriques;

— il était possible de palper des nodules douloureux intramusculaires : — l'un, comme un petit pois, au bord postérieur, à mi-hauteur, du sterno-cleido-mastoïdien droit; — l'autre, en lentille d'environ un centimètre de diamètre, près du bord susclaviculaire du trapèze droit; — un troisième, en lentille aussi et de même taille, près du bord axillaire inférieur du grand pectoral;

— ces deux derniers nodules étaient particulièrement caractéristiques : ils paraissaient faire corps avec les muscles douloureux où on les découvrait et ils étaient déclenchants, dès le moindre appui, d'une douleur déchirante provoquant une mimique de vive souffrance;

— il n'y avait pas de signes d'arthrite de l'épaule droite : notamment tous les mouvements passifs à petites oscillations, mobilisant l'épaule, mais ne contractant pas ou n'étirant pas les muscles malades, n'étaient pas douloureux; nous n'avions pas non plus trouvé ailleurs de signes d'un rhumatisme (ni au niveau des articulations ni au niveau du cœur);

— les algies invitant à explorer le système nerveux, nous n'avions pu relever dans ce domaine que les anomalies suivantes : — une petite diminution de la vivacité des réflexes bicipital et stylo-radial droits; — une importante diminution des réflexes abdominaux (que le médecin-traitant avait constatés normaux peu de jours auparavant); une légère douleur bilatérale à la manœuvre de Lassègue sensibilisée par la flexion du pied; — une discrète hypoesthésie au pinceau et à la piqûre dans le domaine cutané du nerf circonflexe droit.

L'examen général était, en somme, négatif :

— ce qui était frappant, c'était l'excellent état général du malade en dehors des exacerbations douloureuses : des moments de bonne humeur et d'absence d'abattement; d'ailleurs, il n'existait pas de signes d'un notable amaigrissement récent;

— appareil circulatoire sans anomalies cliniques; aspect normal du fond de l'œil;

— dans le domaine respiratoire : aucun signe si ce n'était la douleur au niveau du grand pectoral droit au cours de l'inspiration forte;

— abdomen et organes génitaux normaux;

— articulations normales;

— pas d'angine ni de pharyngite.

L'âge du malade, la notion d'épidémicité (le camarade, le père), le mode de début, les caractères subjectifs et objectivables de la myalgie, les indurations diffuses et nodulaires douloureuses des muscles, la fièvre, nous portèrent à choisir le diagnostic de myalgie épidémique (maladie de Bornholm).

Du point de vue diagnostique :

- les caractères de cette myalgie différaient par leur intensité et par leurs particularités de ceux d'une myalgie grippale ordinaire ;
- nous ne trouvions aucun argument qui eût pu nous faire admettre que nous eussions affaire à une myalgie rhumatismale vraie ;
- la myalgie n'avait pas les caractères de celle qu'on observe parfois au cours de certaines polynévrites ou de la poliomyélite : le malade ne présentait d'ailleurs pas la symptomatologie de l'une ou de l'autre de ces deux affections.

Ce diagnostic une fois posé, nous émettions le pronostic suivant : la guérison, malgré, peut-être, quelques semaines de douleurs récidivantes.

Nous indiquions qu'il n'y avait pas de traitement spécifique de l'affection en cause ; nous conseillions de poursuivre un traitement symptomatique comportant notamment de la spasco-cibalgine en suppositoires ou du compral per os, en évitant autant que possible les opiacés.

Soulignons dès maintenant l'intérêt pratique du diagnostic qui pouvait, à ce moment critique de la maladie, rassurer le médecin-traitant et réduire l'affollement de la famille accru par le souvenir sombre du passé pathologique chargé de l'adolescent.

L'évolution se présenta comme suit. Le dix-huitième jour, la douleur fut beaucoup moins forte le matin, donnant l'impression de disparaître ; néanmoins la température s'éleva dans la journée. Le dix-neuvième jour, chute de la température en crise avec douleur quasi nulle : le malade se fit l'illusion qu'il était guéri, se leva, fit lui-même sa toilette et passa une excellente journée. Mais le vingtième jour, la symptomatologie, — fièvre et douleurs —, reprit ; cependant le mal fut moins aigu, apparaissant moins de façon spontanée. Le vingt-sixième jour, le jeune homme s'éveilla difficilement ; il resta somnolent tout le jour ; ses joues étaient fort rouges ; il fit une forte, mais brève poussée de température ; le soir, le malade se retrouva dans l'état des jours précédents, il se livra au plaisir de la lecture et réclama à manger. Au trente-et-unième jour, la symptomatologie s'estompa ; dès lors, le mieux fut rapide, surprenant ; le convalescent reprit vite un habitus et un comportement normaux, se sentant même « mieux qu'avant son affection » : effectivement, il avait gagné trois kilogrammes. Au trente-cinquième jour, la famille me signala que la guérison paraissait complète. Cependant, au quarante-huitième jour après le début, le malade eut encore, mais sans température, une petite poussée transitoire de douleur ; à cette occasion, le médecin-traitant vérifia que des nodules myalgiques persistaient encore à ce moment ; mais ils s'estompèrent progressivement dans la suite.

Pour préciser encore le tableau général que nous venons de brosser, disons encore que, en dehors des poussées de fièvre, l'appétit resta bon ; — que la mère du patient remarqua souvent une discordance entre l'état fébrile et le peu d'abattement ; — que, certains jours, cependant, le jeune homme se plaignit de maux de tête et d'une sensation de « gros malaise ».

Un examen du sang fut pratiqué au vingt-neuvième jour de la maladie :

- globules rouges : 4.860.000 par mm³ ;
- hémoglobine 107 % ; valeur globulaire 1,1 ;

- globules blancs : 7.000 par mm³ ;
(neutrophiles 75 % ; éosinophiles 4 % ; basophiles 2 % ; lymphocytes 8 % ;
moyens mononucléaires 5 % ; grands mononucléaires 6 %) ;
- sédimentation globulaire (Westergreen) : 2 mm. en 1 heure.

Nous avons pu avoir des nouvelles directes du jeune homme à la mi-avril 1945 : la guérison était restée complète, le pronostic s'était réalisé.

*
* *

La maladie qui nous occupe a été observée, étudiée et décrite sous des appellations bien diverses ; les noms qui ont actuellement le plus la faveur des auteurs sont : « **myalgie épidémique** » et « **maladie de Bornholm** ». Voici quelques exemples d'appellations diverses de cette affection, ou, si l'on veut, citons des maladies que les auteurs considèrent comme faisant partie du même cadre nosologique :

« devil's grip », « epidemic resembling dengue », « maladie de Bamle », « maladie de Drangedal », « myosite épidémique », « pleurodynie aiguë épidémique », « pleurodynie diaphragmatique épidémique », « pleurodynie épidémique », « rhumatisme musculaire aigu contagieux », « sommer fieber », « spasme diaphragmatique transitoire épidémique ».

Loin de reprendre toute l'histoire de la question, fixons en quelques étapes :

- en 1856 et 1863, Finsen observe des cas en Islande ; il décrit la nature épidémique de l'affection, il emploie la désignation pleurodynie et publie un travail sur le sujet en 1874 ;
- en 1872, Daae et Homan, en Norwège, citent un exemple où le caractère épidémique est évident : un sujet arrive, de loin, à un repas de mariage dans un village isolé : dans les jours qui suivent immédiatement ces noces, la plupart des convives sont atteints ; Sylvest souligne plus tard l'intérêt de cet exemple et le rapproche de ses observations personnelles ;
- en 1888, Dabney, en Virginie, relate une affection qu'il appelle « epidemic resembling dengue » et qui sera plus tard identifiée à la myalgie épidémique ;
- en 1899 et en 1921, Reilly décrit de petits groupes de « névrite intercostale » et de « syndromes douloureux inaccoutumés » qui paraissent être des exemples de la maladie ;
- en 1930, Sylvest, en vacances dans l'île de Bornholm (île danoise,

dans la Baltique, à mi-chemin entre la Prusse et la Suède), observe vingt-trois cas de l'affection, en un court temps, dans sa famille et son entourage :

— en 1933, Sylvest publie, à Copenhague, sa très belle monographie, pour laquelle il retient le titre « myalgie épidémique - maladie de Bornholm » ;

— en 1942, Van Bogaert et Bogaert décrivent une épidémie de cette affection, survenue à Anvers, dans un milieu hospitalier : médecins, infirmières et leurs familles.

La répartition géographique de la myalgie épidémique n'est pas encore exactement délimitée ; mais l'affection semble avoir été observée dans les différentes parties du monde ; des cas nombreux ont été décrits en Allemagne, en Angleterre, en Belgique, aux Etats-Unis, en Finlande, en Hollande, en Islande, en Nouvelle-Zélande, au Portugal, en Scandinavie, en Suisse, etc.

Dans les pays où des observations ont pu être prises en grand nombre et avec méthode, — notamment en Scandinavie — on a pu constater une franche prédominance saisonnière : la maladie apparaît presque exclusivement pendant les mois chauds : la courbe de répartition mensuelle marque une flèche aiguë en août et septembre.

La maladie de Bornholm apparaît aux âges les plus variés ; mais, dans l'ensemble, c'est une maladie du jeune âge :

— au moins 50 % des cas apparaîtraient sous 15 ans ;

— au moins 80 % des cas apparaîtraient sous 30 ans ;

— elle frappe également les deux sexes.

Il n'a pas été possible de prouver la transmission de la myalgie épidémique par l'eau, par la nourriture ou par les insectes. Par contre, il y a de sérieuses raisons de croire qu'un contagion est transmis par le contact direct entre êtres humains ; nous avons déjà cité l'exemple d'un convive contaminant les commensaux d'une noce (Daae et Homan, en Norvège, 1872) ; donnons encore l'exemple d'une danoise qui se rend à l'étranger et dans l'entourage de laquelle se déclenche, peu après son arrivée, la première épidémie observée dans le pays qu'elle visite (Gsell, en Suisse, 1941).

L'incubation est brève : on peut l'évaluer de deux à quatre jours.

On ne possède pas de connaissances exactes sur l'immunité de

l'affection ; cependant retenons qu'on ne décrit pratiquement pas de réinfection.

La nature exacte de la maladie n'a pas encore pu être démontrée ; on soupçonne l'existence d'un virus filtrant qui serait présent dans les sécrétions naso-pharyngées. En 1937, Cooper et Keller ont inoculé des lapins avec des filtrats de liquide de lavage du rhinopharynx de malades ; les lapins ont présenté une réaction fébrile vers le 10^{me} et le 12^{me} jour, sans qu'on puisse faire d'autres constatations ; ces expériences ne sont pas définitivement démonstratives.

Il n'a pas été pratiqué d'autopsies. Les connaissances anatomopathologiques sont encore très réduites. Des laparotomies, pratiquées par erreur dans des cas de myalgie de Bornholm, ont révélé qu'il n'existait pas d'anomalies des organes abdominaux ou du péritoine. Une biopsie musculaire a montré à Van Bogaert un œdème marqué du conjonctif interfasciculaire et une congestion veineuse intense.

Voyons maintenant quels peuvent être les symptômes de la maladie dont nous traitons. Remarquons d'abord qu'il n'existe guère de prodromes.

Le début est souvent aigu, même alarmant, à cause de l'intensité des symptômes et de l'affaissement subit qui peut les accompagner ; le caractère alarmant est surtout frappant chez l'enfant ; la maladie peut commencer en coup de fouet, obligeant un enfant à se coucher par terre, subitement, au lieu même de ses jeux.

Le premier symptôme est la douleur, et ce symptôme reste cardinal pendant toute la maladie.

Les sièges principaux de la douleur sont : la musculature pectorale, la musculature abdominale supérieure, les points d'attache du diaphragme, la musculature lombaire et la musculature scapulaire ; mais elle peut siéger aussi au niveau de la musculature abdominale inférieure, dans les parties postérieures et latérales du cou, rarement dans les membres inférieurs, exceptionnellement dans les masséters.

Fréquemment la douleur est localisée en de petites zones auxquelles peuvent correspondre de l'hyperesthésie cutanée et une certaine rigidité musculaire. Les muscles atteints sont le siège d'une induration diffuse ou nodulaire, avec une sensibilité marquée à la pression ou à la contraction. Les indurations nodulaires peuvent être à ce point nettement différenciées qu'on les reconnaît non seulement à leur forme « en pastille », « en bouton », mais à leur

exquise sensibilité : la moindre pression y provoque une douleur aiguë, le malade redoute le moindre attouchement. Des muscles peuvent aussi être diffusément gonflés.

La douleur peut être très variable d'un jour à l'autre ; elle peut n'être, à certains moments, qu'une lourde sensation de poids, pour se transformer, à d'autres, en des crises paroxystiques du type le plus aigu (qui imitent parfois les fortes algies d'un début de méningite ou de pneumonie). Il arrive fréquemment que la douleur soit associée à la fonction respiratoire et exacerbée par l'éternuement, la toux, l'exercice, le rire ou l'inspiration profonde : elle peut ainsi donner une sensation de torsion musculaire ; le malade, dans ce cas, diminue son mal en bloquant son thorax et en respirant superficiellement ; s'il est capable de se déplacer, le patient marche avec le corps plié du côté douloureux et maintenu dans une position fixe : la marche est alors lente et suscite quand même de la douleur.

La fièvre accompagne habituellement la douleur ; elle peut être élevée, atteignant en quelques heures 40° et même 40°5, pour retomber en 24 à 48 heures à la normale ; elle s'élève à nouveau lors de la recrudescence des symptômes douloureux ; dans les formes sévères, la fièvre peut durer d'une à plusieurs semaines en ayant un cours irrégulier ; cette température, fort variable, ne s'accompagne que d'une sudation modérée.

Il peut apparaître des frissons au début de l'affection (dans environ 50 % des cas).

Le pouls est un peu accéléré (90 à 100 pulsations à la minute). La respiration n'est que très peu accélérée, mais le malade respire superficiellement pour éviter la douleur ; si les difficultés respiratoires deviennent importantes, il peut exister un peu de cyanose. Au début de la myalgie épidémique, dans les formes « pleurodynamiques », on entend parfois des frottements pleuraux, mais il n'existe pas de vrais signes pulmonaires ; d'ailleurs les examens radiographiques du thorax sont négatifs.

On décrit aussi au cours de la myalgie de Bornholm de la céphalée frontale : celle-ci peut être importante, elle est fréquente, elle est variable et souvent de durée brève. Il peut exister de la douleur du dos et des jambes chez l'enfant ; cette localisation du mal est rare chez l'adulte.

Des signes neurologiques ont été relevés par certains auteurs : mydriase, douleur trigéminal et trismus, réflexes cutanés abdominaux fort affaiblis, réflexes tendineux un peu diminués dans le territoire

atteint, discret Lassègue, points de Valleix (trijumeaux, dorsaux, anti-brachiaux, génito-cruraux, sciatiques), paresthésies, petits troubles locaux de la sensibilité (hyper- ou hypo-esthésie).

Pendant les fortes poussées douloureuses, la prostration peut être extrême ; mais les crises étant parfois de très courte durée, avec la rémission de la douleur, le rebondissement de l'état du malade est souvent surprenant.

Un caractère vraiment marquant de la myalgie épidémique est la tendance prononcée à la réapparition des attaques à intervalle d'un jour ou deux ; la deuxième attaque est souvent plus sévère et plus prolongée que la première. La notion de rechute est donc importante du point de vue diagnostique. La rechute peut se faire dans un groupe musculaire diff rent de celui qui a été atteint au cours du premier épisode. Les rémissions, entre deux crises, peuvent être telles que le malade se croit guéri pendant quelques heures à quelques jours.

Au cours de la myalgie de Bornholm, les symptômes gastro-intestinaux sont peu importants chez l'adulte ; mais chez l'enfant, ils peuvent parfois être nets : nausées et vomissements au début, diarrhée et ballonnement ensuite.

Il peut exister aussi, dans un nombre restreint de cas, un mal de gorge ou une petite conjonctivite ; on cite aussi, mais exceptionnellement, de l'herpès, du hoquet et de l'epistaxis.

La durée d'évolution de la maladie dont nous traitons est fort variable : de cinq à plus de cinquante jours.

Les examens de laboratoire n'apportent guère de données démonstratives :

- les hémocultures restent négatives ;
- l'examen bactériologique du naso-pharynx ne donne aucun résultat intéressant et les inoculations à l'animal de ses secrétions n'aboutit à rien d'utile ;
- la leucocytose sanguine est le plus souvent normale ; elle est cependant très variable puisque sont cités des chiffres allant de 1.100 à 21.000 leucocytes par mm^3 ; on décrit la prédominance d'une hyperleucocytose au début de la convalescence ;
- est à signaler une assez fréquente éosinophilie pendant la convalescence (de 5 à 22 %) ;
- les urines sont celles d'un malade fébrile, sans plus ;
- le liquide céphalo-rachidien est normal.

Les complications de la maladie de Bornholm sont fréquentes, mais rarement sérieuses.

Certaines épidémies, identifiées comme myalgie épidémique, auraient donné jusqu'à 50 % de pleurésies fibrineuses : — soit quelques frottements pleuraux localisés pendant les premiers jours, — soit une pleurésie fibrineuse plus marquée entre la fin de la première semaine et la troisième : des frottements fort marqués, persistant parfois longtemps, — mais jamais d'épanchement.

La péricardite fibrineuse a parfois aussi accompagné la maladie, mais de façon moins fréquente et également peu grave.

Certaines épidémies s'accompagnèrent de quelques orchites.

D'autres complications, prolongeant la convalescence, peuvent être la bronchopneumonie, l'otite moyenne, la sinusite, la pyélite, l'ictère catarrhal.

Le diagnostic différentiel peut poser des problèmes cliniques parfois difficiles.

Il est grandement facilité par la notion d'épidémicité.

La tétrade symptomatique, isolée et pure, « fièvre + céphalée + douleurs musculaires caractéristiques + rémissions-rechutes », forme un tableau unique qui ne peut guère occasionner d'erreurs.

Mais dans certaines circonstances des difficultés diagnostiques peuvent surgir.

Si la douleur abdominale est à l'avant-plan, si elle s'accompagne d'un certain degré de spasme musculaire et d'une sensibilité exquise de la paroi, la confusion avec une affection chirurgicale peut se faire : appendicite ? cholécystite ? pancréatite ? ulcère perforé ? ; de nombreux patients ont subi une laparotomie vaine à cause d'une telle erreur de diagnostic. C'est chez l'enfant que le danger de confusion est le plus grand, parce que, chez celui-ci, la myalgie épidémique s'accompagne plus souvent que chez l'adulte de nausées, de vomissements, de ballonnement abdominal. Or, rappelons que la numération des globules blancs du sang ne donne pas nécessairement la clé du problème. Cliniquement, on peut retenir que, dans la myalgie de Bornholm, la douleur est plus superficielle, — que les affections abdominales viscérales permettent de discerner une sensibilité douloureuse plus profonde ; mais encore, l'appendicite, par exemple, s'accompagne souvent d'une zone d'hyperesthésie cutanée de Head : dans ce cas précis, la recherche méticuleuse de la douleur profonde, éventuellement le toucher rectal, peuvent être précieux.

Le diagnostic peut être à faire entre la myalgie épidémique (forme

pleurodynamique) d'une part et la pneumonie ou la pleurésie d'autre part : dans la myalgie épidémique, le point de côté est fréquemment plus vif et plus sensible au moindre mouvement, — les seuls signes pleuro-pulmonaires vrais sont (et ils sont loin d'exister toujours) des frottements pleurétiques — les points de douleur musculaire peuvent assez souvent être mis en évidence.

La thrombose coronarienne avec une douleur aiguë de l'étage diaphragmatique et avec de la fièvre peut aussi prêter à confusion ; le contexte circulatoire sera important à considérer du point de vue de l'accident coronarien ; l'absence de signes circulatoires et les signes musculaires seront en faveur de la myalgie.

La grippe devra être discernée de la myalgie de Bornholm ; dans la première, qui a son maximum de fréquence pendant les mois froids, la douleur unique en son genre de la maladie de Bornholm n'est pas réalisée, l'abattement est continu et non pas oscillant, on découvre des phénomènes catarrhaux.

La myalgie épidémique a été comparée aussi à la fièvre dengue : cette dernière se discerne par ses douleurs rachidiennes et articulaires, par l'hypertrophie ganglionnaire, par son rash cutané, par ses deux poussées fébriles.

Le début brusque de la myalgie épidémique, ses céphalées si elles sont violentes, sa fièvre élevée, parfois même un signe de Lassègue, peuvent en imposer pour l'éclosion d'une méningite ; le plus souvent, la ponction lombaire tranche la question. Il faut toutefois mentionner que la myalgie épidémique, caractérisée par les circonstances épidémiques et par la pré-existence récente des signes musculaires caractéristiques, peut provoquer une méningite séreuse.

Certains cas de poliomyélite aiguë dans lesquels sont à l'avant-plan la rachialgie et les douleurs musculaires peuvent aussi susciter une hésitation diagnostique ; la poliomyélite se discernera par son allure générale plus grave, souvent par ses paralysies, et par la ponction lombaire ; la notion d'épidémicité présente de l'une ou de l'autre des deux maladies pourra aussi être un argument diagnostique, encore que la coexistence d'épidémies des deux affections ait déjà été citée.

Il est des myalgies épidémiques à localisations névritiques : myalgie de Bornholm ou polynévrite ? La première de ces deux affections se reconnaîtra par son caractère d'épidémicité plus fréquent, par ses signes musculaires bien distincts et par ses rémissions.

Les myalgies banales « a frigore » se reconnaîtront par les faits qu'il s'agit de cas isolés, qu'elles atteignent un seul lieu du corps

exposé anormalement au froid (cou ou épaule ou bras, par exemple), qu'elles ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux, qu'elles sont passagères et ne présentent pas d'alternance de rémissions et de rechutes.

Dans la maladie de Bouillaud, la myosite rhumatismale peut être à l'avant-plan et s'accompagner d'œdème musculaire; les signes articulaires et péri-articulaires bien caractéristiques permettent souvent un diagnostic aisé.

On décrit aussi des affections musculaires, la myosite aiguë généralisée de Unverricht et la polymyosite aiguë hémorragique de Prinzing, dont le cours et les symptômes (pour la plupart) diffèrent de ceux de la myalgie de Bornholm : fièvre comme prodrome, douleurs généralisées, œdème de la face puis des membres, éruptions cutanées, masses musculaires tuméfiées et recouvertes d'œdème, cependant poussées et rémissions, mais parfois évolution mortelle.

Enfin, la trichinose peut donner un tableau en certains points comparable à celui de la myalgie de Bornholm : — atteinte d'un groupe de personnes, — douleur musculaire aiguë, — œdème des muscles et du tissu sous-cutané avec parfois épaissements nodulaires, — fièvre, — éosinophilie; la trichinose se reconnaîtra par ses prodromes et ses symptômes initiaux digestifs, par le fait que l'éosinophilie sanguine est présente dès le début (alors qu'elle n'existe, et pas même toujours, qu'à la convalescence de la myalgie épidémique), par l'importance elle-même de l'éosinophilie (qui peut atteindre parfois 50 % des polynucléaires).

Le pronostic quo-ad-vitam de la myalgie épidémique est un danger insignifiant; sur plusieurs milliers de cas, treize décès seulement sont survenus. Il ne faut pas perdre de vue, en émettant le pronostic que, avec des hauts et des bas, certains cas peuvent durer plusieurs semaines. Un fait caractéristique est le rétablissement habituellement rapide de la santé dès que la maladie s'éteint : rares sont les convalescences traînantes.

Du point de vue du traitement, remarquons d'abord que, dans certains cas, l'évolution favorable peut être si rapide, qu'il est difficile de juger de l'utilité d'une thérapeutique. Si les douleurs sont fortes, on peut être amené à recourir aux opiacés; ont été aussi essayés le salicylate sodique, des dérivés du pyramidon et de l'uréthane. Des auteurs ont tenté une cure d'injections de paragène. Les maillots thoracique et la chaleur sont dits soulager les patients. Les révulsifs

paraissent défavorables. Le repos le plus complet est à conseiller, et le malade le choisit spontanément pendant les périodes au cours desquelles la douleur s'exacerbe au moindre mouvement.

*
* *

L'observation détaillée que nous avons exposée permettait de se faire une idée d'ensemble de la maladie de Bornholm et pouvait servir de base aux énoncés qui ont suivi sa description ; les signes cardinaux (contagiosité, fièvre, douleurs musculaires localisées avec les signes bien caractéristiques, rémissions-rechutes avec grands rebondissements) s'y retrouvaient. Elle est un exemple où la pleurodynie n'est pas l'élément principal du tableau clinique. Elle fait exception à la règle la plus générale, mais non absolue, de l'apparition saisonnière pendant les mois chauds. Notre intervention diagnostique dans le cas relaté eut une grande utilité pronostique.

*
* *

La connaissance de la myalgie épidémique ou maladie de Bornholm présente plusieurs motifs d'intérêt :

- il s'agit d'une entité nosologique curieuse et présentant encore bien des inconnues ;
- son diagnostic peut éviter des erreurs préjudiciables aux malades et notamment des interventions abdominales inutiles, si pas malencontreuses ;
- le diagnostic posé à bon escient permet aussi d'émettre un heureux pronostic qui autorise le médecin-traitant ou le consultant à rassurer le malade et son entourage malgré le caractère « diabolique » de l'affection.

Ces motifs d'intérêt suffisent pour justifier l'hommage rendu à Ejnar Sylvest par le P^r Madsen, en ces termes encourageants pour le médecin praticien :

« Dans sa tournée quotidienne de visites à ses patients, le médecin » praticien peut rencontrer de nombreux cas de maladies d'une » espèce qui rarement pénètre à l'hôpital ou atteint la salle d'autop- » sies et qu'il trouve difficile de classer sous une rubrique donnée » de la nomenclature officielle des maladies. De temps en temps, » l'un ou l'autre remporte le succès de définir une nouvelle maladie ».

Madsen cite :

- Martin Kristensen : maladie de Bang ;
- Ejnar Sylvest : myalgie épidémique.

Puis il s'exprime comme suit : « Au jour présent, la recherche » médicale tend à graviter vers l'hôpital ou vers le laboratoire, mais » le travail de Sylvest montre qu'il existe néanmoins un vaste champ » d'investigation clinique ouvert à ceux des médecins praticiens qui » possèdent un pouvoir indépendant d'observation des images variées » des maladies qu'ils ont à rencontrer dans leurs activités quoti- » diennes ».

RESUME

Un exemple démonstratif de myalgie épidémique est décrit. Les connaissances actuelles relatives à cette entité nosologique sont exposées. La symptomatologie clinique et surtout le diagnostic différentiel sont particulièrement étudiés. L'intérêt de la connaissance de la myalgie de Bornholm est souligné : — intérêt nosographique, — intérêt diagnostique (écart d'erreurs diagnostiques qui peuvent être préjudiciables et conduire notamment à des interventions chirurgicales inutiles), — intérêt pronostique (évolution habituellement favorable malgré le caractère diabolique de la maladie).

SAMENVATTING

Een aanschouwelijk voorbeeld van epidemische myalgie wordt beschreven. De huidige kennis van dit ziektebeeld wordt uiteengezet. Op klinische symptomatologie en differentieele diagnose wordt nadruk gelegd.

Het belang de Bornholmsche myalgie te kennen wordt onderstreept : diagnostisch (vergissingen kunnen zeer schadelijk zijn en zelfs tot nuttelooze chirurgische ingrepen leiden) en prognostisch (gewoonlijk goed verloop ondanks het « duivelsch » karakter der ziekte).

SUMMARY

A demonstrative instance of epidemic myalgia is described. Present knowledge about this nosological entity is stated. Clinical symptoms and differential diagnosis especially are studied in particular. Stress is laid on the importance of the knowledge of Bornholm myalgia : — nosographic importance, — importance of diagnosis (elimination of diagnostic errors that may cause prejudice and lead, for instance, to useless operations), — pronostic importance (usually favourable evolution despite diabolical character of the disease).

Bibliographic.

- (1) SYLVEST E. (Copenhagen). — « Epidemic myalgia. » *Bornholm Disease*, 155, 1934.
- (2) MOSER K. (Königsberg). — « Myalgie und Myositis. » In *Handbuch der Neurologie*, von O. Bumke und O. Foerster, 9, 1-19, 1935.
- (3) LOCKE E. (Boston). — « Epidemic pleurodynia. » In *Cecil's Textbook of Medicine*, 93-94, 1941.
- (4) VAN BOGAERT L. & BOGAERT R. (Anvers). — « Sur la myalgie épidémique en Belgique. » In *Bulletin de l'Académie de Médecine de Belgique*, 7, 706-726, 1942.