

LE MYÉLOGRAMME DANS LA SPLÉNOMÉGALIE TROPICALE. CONFRONTATION AVEC LE PROTÉINOGRAMME

Par G. CHARMOT, M. FOUCHET et J. VOELCKEL (*)

Le but de ce travail est l'étude de la cytologie médullaire chez 50 Malgaches adultes, porteurs d'une splénomégalie chronique d'origine indéterminée, ainsi que la confrontation entre le myélogramme et le protéinogramme.

En effet, on tend à admettre que « la production excessive de tel ou tel constituant globulinique correspond à la prolifération d'un clone de cellules capables de synthétiser cette globuline » (SÉLIGMAN).

Nous voulions donc voir si l'aspect des frottis de moelle hématopoïétique pouvait d'une part, être suggestif d'un désordre des protéines plasmatiques et d'autre part, orienter les idées dans l'interprétation des splénomégalies tropicales.

MATÉRIEL D'ÉTUDE

Les malades étaient hospitalisés dans le Service de l'un de nous, d'abord à Majunga, puis à Tananarive. Les frottis de moelle ont été étudiés au Centre de Recherches de l'École d'Application du Service de Santé des Troupes de Marine.

Le protéinogramme comprenait :

— La fiche réticulo-endothéliale, pratiquée par le professeur agrégé R. VARGUES.

— La protidémie totale et l'électrophorèse sur papier (Hôpital Michel-Lévy).

— Pour quelques sérums, une analyse par ultra-centrifugation (professeur WURMSER) et une immuno-électrophorèse (docteur BURTIN).

De plus, pour chaque malade, outre les examens hématologiques et les recherches parasitologiques courantes, il a été pratiqué une ponction-biopsie du foie et un splénogramme.

(*) Séance du 14 février 1962.

Bull. Soc. Path. Ex., n° 1, 1962.

ANALYSE DES MYÉLOGRAMMES

Elle est résumée dans le tableau ci-dessous :

	Érythroblastes	Rapport $\frac{G}{E}$	Lymphocytes	Plasmocytes
Moyenne . . .	30,6 0/0	1,8	19,8	3,5
Extrêmes . . .	10 et 55 0/0	0,4-5	6-27	0,7 et 8

Le pourcentage des lymphocytes est 15 fois sur 50 supérieur à 20 0/0, et le taux des plasmocytes 18 fois supérieur à 4 0/0.

L'aspect le plus fréquent du myélogramme chez un porteur de splénomégalie chronique associe donc une érythroblastose et une lympho-plasmocytose modérées. En outre, on note souvent la présence d'un nombre anormal de cellules réticulaires. L'ensemble peut évoquer la myélite interstitielle inflammatoire chronique de Rhôr.

L'un de nous avait fait à Brazzaville des observations tout à fait superposables. BAYLET et CAMAIN, à Dakar, ne retiennent que l'érythroblastose.

Aux dix moelles les plus érythroblastiques, correspond un taux moyen de 3.600.000 G. R./mm³ de sang contre une moyenne de 4.200.000 pour les dix moelles les moins riches en érythroblastes.

Pour n'y plus revenir, disons que l'érythroblastose médullaire, avec anémie plus ou moins nette, est habituellement interprétée comme la conséquence d'une hyperactivité érythrophagique du système réticulo-endothélial, splénique en particulier.

La moelle des splénomégalies avec cirrhose ne présente pas de particularités évidentes.

RAPPORTS AVEC LE PROTÉINOGRAMME

On connaît le rôle attribué par les immunologistes aux lymphocytes et aux plasmocytes : ces derniers élaboreraient les anticorps circulants tandis que les lymphocytes seraient le support des anticorps endo-cellulaires de l'allergie retardée. D'une manière générale, aux myélogrammes riches en lymphocytes et plasmocytes, correspond un taux sérique élevé des gamma-globulines, et *vice versa*. Mais il n'est pas possible d'établir un parallélisme entre ces deux

mesures, cytologie médullaire et électrophorèse du sérum. La principale raison est sans doute qu'un frottis de moelle ne peut donner qu'une idée très approximative du capital lympho-plasmocytaire d'un individu. De fait, les discordances ne sont pas rares. Ainsi, dans six cas de splénomégalie avec macroglobulinémie, la moelle est :

- 4 fois évocatrice (riche en cellules lympho-réticulaires et en plasmocytes).
- 1 fois peu évocatrice (diluée de sang).
- 1 fois non évocatrice (10 0/0 de lymphocytes ; 1 0/0 de plasmocytes).

Quoi qu'il en soit, il est remarquable de noter chez ces adultes porteurs d'une splénomégalie chronique, la coexistence habituelle d'une hyperplasie des cellules dites immunologiquement compétentes et d'une augmentation des globulines du système gamma. Ceci suggère que la maladie n'est pas localisée à la rate, et qu'il existe une relation d'ordre immunologique entre la splénomégalie, la lymphoplasmocytose tissulaire, et le taux élevé des globulines sériques. Le paludisme serait une hypothèse plausible de la coexistence de ces trois troubles. De fait, à Madagascar, on a pu observer, lors des visites médicales de recrutement, une régression du pourcentage des splénomégalies de l'adulte jeune, apparue quelques années après le déclin du paludisme. Il faudrait alors admettre l'existence d'un « désordre » immunologique chez les adultes porteurs d'une grosse rate, puisque habituellement la splénomégalie régresse vers la puberté avec l'acquisition d'une immunité palustre, au moins partielle.

La réaction au latex, parfois positive, suggère bien l'existence de ce « désordre » dans les phénomènes immunologiques.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

L'étude de 50 myélogrammes d'adultes malgaches porteurs de splénomégalie a montré l'existence habituelle d'une érythroblastose, et d'une lympho-plasmocytose, l'une et l'autre modérées.

Si l'érythroblastose va habituellement de pair avec l'anémie, la lymphocytose et la plasmocytose sont à rapprocher de l'élévation du taux des gamma-globulines sériques. Le myélogramme est souvent — mais non toujours — suggestif de la dysglobulinémie.

Le même désordre immunologique — et dont le paludisme pourrait être un des responsables — doit relier la splénomégalie, l'hyperplasie lympho-plasmocytaire et la dysglobulinémie.

SUMMARY

**Myelogram in tropical splenomegalia.
Comparison with proteinogram.**

The study of 50 myelograms in Malagasy adults suffering from splenomegalia shows the existence of an erythroblastosis and a lympho-plasmocytosis, both moderate. Erythroblastosis is usually accompanied by anemia; lymphocytosis and plasmocytosis generally have a relationship with the increase of serum γ -globulins. The myelogram often, but not always, suggests the existence of a dysglobulinemia. An immunological trouble, which might be due, among other factors, to malaria, seems to be cause of splenomegalia, lympho-plasmocytosis and dysglobulinemia.

MÉMOIRES

**LES FORMES OCULAIRES DES RICKETTSIOSES
AU CAMEROUN**

Par J. BLOUZON et H. BROTTES (*)

Les différentes formes des rickettsioses, connues en Europe, sont particulièrement fréquentes dans les pays tropicaux, mais malgré de nombreux travaux, leurs formes cliniques et leur épidémiologie sont encore loin d'être connues sous tous leurs aspects.

L'épisode aigu, sporadique ou épidémique, ne termine pas l'histoire de la rickettsiose, le virus peut persister longtemps chez son hôte, souvent non traité, et peut, à plus ou moins longue échéance, être à la source de diverses affections, neurologiques, cardiovasculaires, etc., dont la lésion commune est l'atteinte des vaisseaux de petit calibre : artérioles et veinules.

Les lésions oculaires sont de connaissance plus récente et le rapport de LÉPINE, NATAF et BONNAMOUR, à la Société Française d'Ophtalmologie en 1960 a fait le point, avec les discussions à son

(*) Séance du 14 février 1962.