

TRÉPONÈME PALE ET PHLÉBITE SYPHILITIQUE

ÉTUDE CLINIQUE ET HISTO-MICROBIOLOGIQUE

DE LA PHLÉBITE SYPHILITIQUE PRIMITIVE DE LA VEINE OMBILICALE

PAR

Y. MANOUÉLIAN

de l'Institut Pasteur de Paris.

Dans une étude précédente¹ nous avons affirmé, et les auteurs sont unanimes à cet égard, que, dans la syphilis héréditaire, le tréponème existe rarement dans le placenta et dans le cordon; de plus, quand il s'y trouve, il y a toujours chez le fœtus des manifestations sypilitiques avec pullulation de tréponèmes. Or, l'observation que j'ai l'honneur de vous rapporter — je la dois à l'extrême obligeance du professeur BRINDEAU — sort du cadre de nos connaissances; elle est intéressante à plusieurs titres.

M^{me} T..., dix-neuf ans, entre à la maternité de l'hôpital de la Pitié, le 1^{er} mai 1919, parce qu'elle souffre du ventre.

Dernières règles le 30 août 1918. Rien à signaler comme antécédents héréditaires et personnels. Régulée à treize ans, elle n'a jamais été malade, affirme-t-elle. Elle est devenue enceinte dans les premiers jours de septembre. Depuis les règles n'ont pas reparu et pendant toute sa grossesse elle n'a ressenti aucun trouble.

Actuellement: fièvre légère 38°, pouls 102, petite tête en bas, mobile, dos à gauche. *Hydramnios* très abondant. Col dilaté comme 2 francs. Bruits cardiaques du fœtus bien frappés.

Trois heures après son entrée, elle accouche d'un fœtus en occipito-pubienne, pesant 4.350 grammes, sexe masculin. Le fœtus crie mal, il est cyanosé, œdématié; ventre très volumineux. Pas de lésions de la peau, ni des muqueuses. Il meurt quatre heures après sa naissance.

Le placenta épais, blanchâtre, volumineux, pèse 750 grammes. Pas de lésions macroscopiquement appréciables des vi-cères du fœtus.

Trois jours après l'accouchement, la température monte de 38° à 39° et oscille entre ces limites pendant quatre jours, puis elle revient à la normale. On soupçonne une syphilis conceptionnelle chez l'accouchée et on lui fait un traitement. Quinze jours après, la malade quitte l'hôpital avec promesse de revenir; mais on l'attend en vain.

1. Y. MANOUÉLIAN : Placentas sypilitiques et phagocytose de tréponèmes. *Gynécologie et Obstétrique*, t. III, 1921, n° 4.

Le cordon est gros; nous avons étudié plusieurs tronçons pris à des niveaux différents; les résultats de nos recherches sont sensiblement iden-

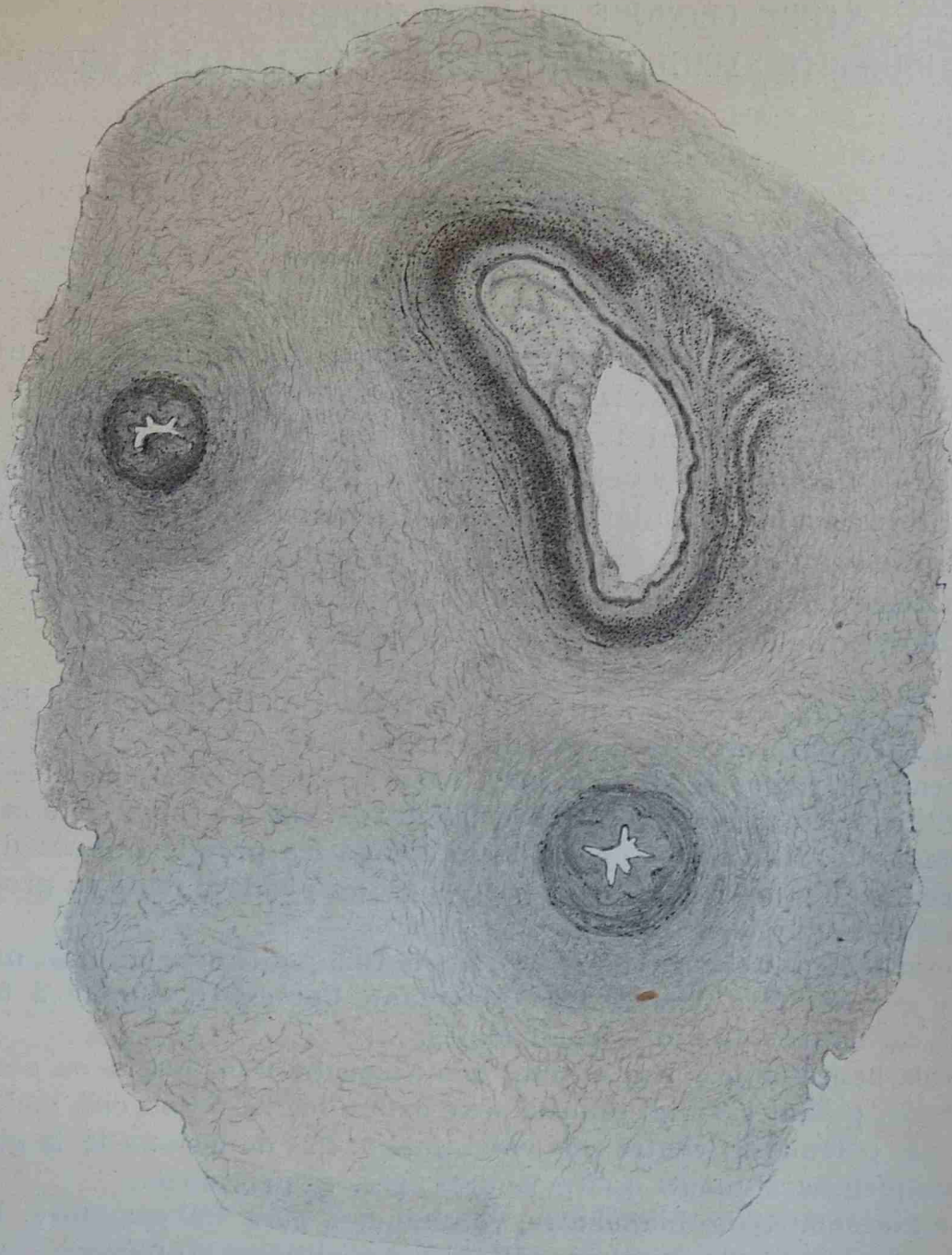


FIG. 1. — Coupe de cordon, grossissement 15 diamètres. Remarquer la vive inflammation de la veine ombilicale; panphlébite intense. Le reste du tissu est normal.

tiques. A l'œil nu, si l'on examine une section transversale, on constate un liséré jaunâtre au niveau de la veine ombilicale. Un caillot rouge occupe presque toute la lumière de la veine. Le reste du tissu paraît normal.

A faible grossissement. On voit, dans la lumière de la veine, un réti-

culum fibrineux enserrer dans ses mailles des globules rouges et des leucocytes. De plus, il existe une prolifération discrète de l'endothélium qui, sous la forme de bourgeons déliés, pénètre dans le caillot. Quant au liséré périveineux, il apparaît comme un manchon composé par des éléments chromophiles. En dehors, ce manchon est délimité par une ligne qui le sépare de la gélatine de WARTHON. Cependant on voit par places de petites fusées cellulaires s'échapper de la périphérie du manchon. En dedans, les cellules chromophiles pénètrent en certains points jusqu'au niveau de la lumière des vaisseaux. Dans ces régions, elles sont tellement confluentes



Fig. 2. — 900 diamètres. Dans la moitié supérieure du dessin, on voit à gauche en plein caillot des tréponèmes, des globules rouges et deux leucocytes polynucléaires dont l'un contient des débris d'origine tréponémique. Dans la moitié inférieure se trouve reproduit une partie de la mésoveine; polynucléolyse considérable, tréponèmes épaissis, fragmentés, granuleux et débris de tréponèmes sous forme de granulations plus ou moins clairsemées. Remarquer l'existence des parasites dans une cellule endothéliale.

qu'on n'y peut distinguer les éléments constitutants de la veine. En d'autres points l'infiltration est moins complète; il existe des traînées de cellules chromophiles qui s'insinuent entre les fibres lisses.

A plus tort grossissement. On distingue parfaitement les cellules endothéliales qui, disposées bout à bout, s'enfoncent dans le caillot. On reconnaît aussi la nature des éléments du manchon. Il s'agit de leucocytes polynucléaires et de macrophages de beaucoup moins nombreux. La polynucléolyse y est d'ailleurs très accusée. Toute l'armature de la veine est dissociée, les fibres élastiques et musculaires sont profondément altérées.

Le reste du cordon est indemne; aucune trace d'inflammation au niveau des artères ombilicales ni dans la gélatine de WARTHON.

Comme on peut le constater sur les figures ci-jointes, les tréponèmes se trouvent exclusivement dans le caillot intraveineux et au niveau du manchon où ils sont plus nombreux.

Il faut remarquer que les tréponèmes présentent un aspect différent suivant leur siège, alors que, dans le caillot, ils ont une apparence normale. Au niveau du manchon, la plupart présentent des signes évidents

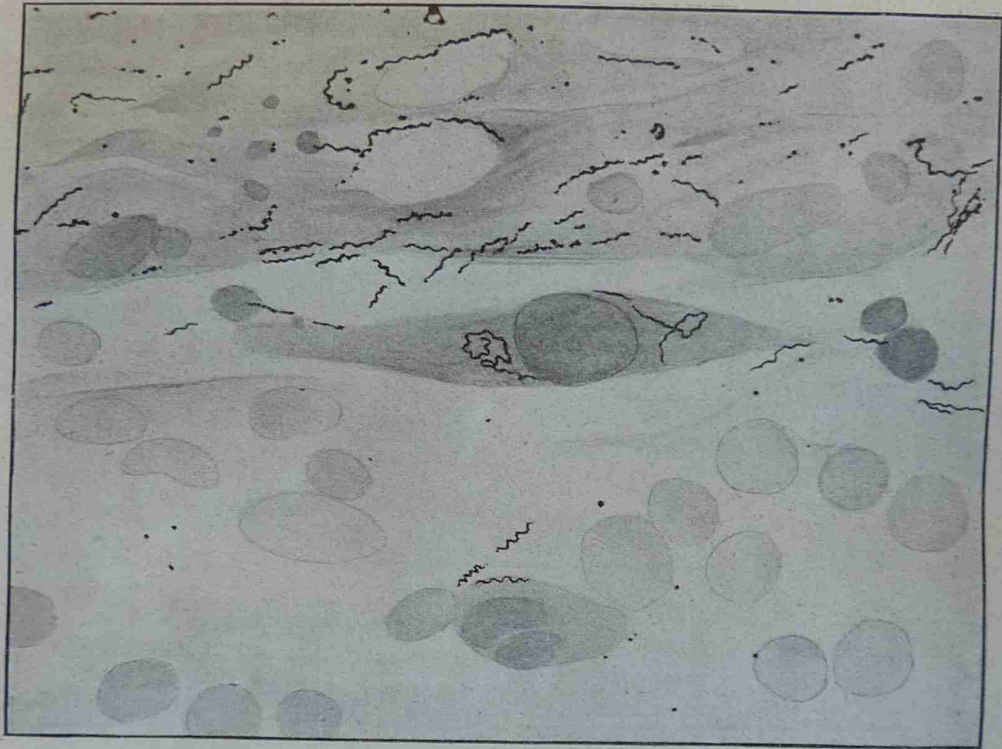


FIG. 3. — 1.700 diamètres. Même disposition que dans la figure 2. Phagocytose de spirochètes par une cellule endothéliale.

de dégénérescence; ils sont épaissis, à spires relâchées, arrondis, granuleux, fragmentés. Un certain nombre sont d'ailleurs phagocytés par les leucocytes polynucléaires, par les macrophages ainsi que par les cellules endothéliales de la tunique interne.

D'une façon générale, la dégénérescence des tréponèmes est de plus en plus accusée depuis la lumière du vaisseau jusqu'à la périphérie de la zone inflammatoire où il n'existe que des granulations que nous considérons comme des débris de tréponèmes.

Il ressort de ces faits que les leucocytes ne constituent pas un milieu favorable au développement des tréponèmes et que la leucolyse est néfaste pour eux.

Après fixation au liquide de ZENKER, des coupes colorées avec le bleu de toluidine, au magenta et picro-carmin d'indigo, avec la méthode de

GRAM ne nous ont jamais révélé de microbes ni au niveau des lésions, ni ailleurs.

Il résulte de notre description qu'il existe une zone franchement inflammatoire autour et surtout dans les parois de la veine ombilicale, ainsi qu'un début d'organisation du caillot intraveineux. Au niveau de ces lésions, abondent les tréponèmes.

La conclusion s'impose : périphlébite, endophlébite et surtout *mésophlébite intense* d'origine syphilitique de la veine ombilicale.

Nous avons pu étudier quelques viscères du fœtus, le foie et la rate notamment. Fait intéressant, il existait une hémolyse considérable alors que le sang de la veine ombilicale et du placenta était indemne. En effet, dans ces organes, la méthode de MANN à l'éosine et bleu de méthyle nous a fourni de fort belles colorations des hématies. De plus ni le placenta, ni les organes du fœtus ne contenaient aucun tréponème. Toutes nos imprégnations à ce sujet sont restées négatives. En présence d'une hémolyse complète et d'absence totale de tout tréponème nous inclinons à penser que le tréponème n'a pu envahir l'organisme du fœtus, mais qu'à la suite de l'infection syphilitique des hémolysines ont pénétré dans l'organisme du fœtus et provoqué sa mort. Moins complète, cette hémolyse aurait peut-être permis une survie. Ne serait-ce pas là la pathogénie de certains ictères des nouveau-nés ?

Nous attirons votre attention sur l'observation que nous avons eu l'honneur de vous présenter. Mère saine en apparence, fœtus ne présentant aucune lésion ni tréponème dans ses organes : seul le cordon atteint d'une vive inflammation *uniquement* localisée au niveau de la veine ombilicale où fourmillent les tréponèmes. Ne serait-ce pas là l'accident primaire, le chancre d'une syphilis décapitée ?