

37. MARINESCU (GH.) et CRACIUN (E. C.). — *C. R. Acad. Sci.*, Paris, 1921; *Ann. Pasteur*, 1922, **38**, 214, 72, 1258.
38. MISKOLCKY (D.), GYERGYAY (F.), WAUTSUK (P.), FESZT (T.) et LASZLO (J.). — *Studii. Cercet. St. Med.* (Tg. Mures. R. P. România), 1960, **11**, 257.
39. NICOLAU (S.). — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1963, **56**, n° 4 (juillet-août), 690-713.
40. NICOLAU (St. S.), KOPCICOWSKA (T.) et MATHIS (M.). — *Ann. Inst. Pasteur*, 1934, **53**, 455.
41. NICOLAU (St. S.) et CAJAL (N.). — *Bul. Acad. Rom.*, 1947, **XXX**, 96.
42. NICOLAU (St. S.), KREINDLER (A.), PORTOCALA (R.), OLTEANU (I.), STROESCU (P.), DINU (E.) et MATEESCU (S.). — *Studii cercet. inframicrobiol.*, 1950, n° 2, 27.
43. RYBKINA (N. N.). — *Vopr. Virusol.*, 1961, **4**, 479.
44. RYCHLO (A.). — *Schweiz. Z. Allg. Path.*, 1958, **21**, 858.
45. SLATINEANU et GALASESCO. — *C. R. Soc. Biol.*, 1904, 61.
46. SPIELMAYER. — *Zeitschr. ges. Neurol. Psychiatrie*, 1919, **47**.
47. SURDAN (C.) et SORODOC (G.). — *Studii Cercet. Inframicrobiol.*, 1960, **11**, 459.
48. THOMAS (C.), CORDIER (J.) et ALGAN (B.). — *Bull. Soc. Franç. Ophthal.*, 1959, **72**, 621.
49. WOLBACH, TODD et PALFREY. — 1922, Harvard U. Press, 222.
50. ZARNEA (G.), MITRICA (N.) et IONESCU (H.). — *Arch. Roum. Path. exp. Microbiol.*, 1961, **20**, 13.

**RECHERCHE DÉLIBÉRÉE
DE L'ORIGINE RICKETTSIENNE POSSIBLE
DANS DES CORONARITES
ET DES ARTÉRITES OBSERVÉES EN MILIEU MILITAIRE**

Par MM. G. CHARMOT, Y. MAFART, L. J. ANDRÉ, M. DUCLOUX
et P. BOUCHEAU (*)

Les lésions d'endothéliite sont constantes au cours des rickettsioses ; et de fait, ces infections peuvent s'accompagner, ou être suivies à court terme, de complications vasculaires. La possibilité de résurgences à long terme, que l'infection initiale se soit ou non manifestée cliniquement, a fait envisager les rickettsies comme des agents étiologiques possibles des coronarites et artérites chroniques.

La Société de Pathologie Exotique s'est précisément occupée de cette question dans sa séance spéciale des 7 et 8 mai 1963 au cours de laquelle des avis discordants furent d'ailleurs exprimés. Notre communication se bornera à rapporter les constatations faites dans notre Service au cours de ces quatre dernières années.

Nos malades sont des Officiers, ou des Sous-Officiers de carrière,

(*) Séance du 8 juillet 1964.

relativement jeunes puisque presque tous sont âgés de 35 à 50 ans. Tous ont servi dans des régions d'endémie rickettsienne : Afrique du Nord, Afrique Centrale, Extrême-Orient et, pour certains, Europe Centrale. Nous avons retenu 68 dossiers, comprenant 38 coronarites et infarctus du myocarde et 30 artérites des membres inférieurs. Deux des malades du premier groupe présentaient aussi une artérite.

Nous avons pratiqué deux sortes d'examen :

a) ce qu'il est considéré, maintenant, comme indispensable de rechercher chez tout vasculaire : hérédité, biotype, équilibre psychique, habitudes alimentaires, consommation de tabac, cholestérolémie, lipidémie, glycémie, et uricémie. Depuis 3 ans, l'aortographie a été pratiquée chez tous les artéritiques ;

b) des micro-agglutinations des rickettsies, faites d'abord au Centre de Transfusion de l'Armée à Clamart, puis au laboratoire de l'Hôpital Maritime Sainte-Anne à Toulon. Pour un tiers des malades environ, un deuxième examen a été pratiqué après « réactivation » par l'hexacycline, épreuves au cours desquelles nous n'avons pas observé de réaction focale.

Les taux limites généralement admis chez les sujets non vaccinés sont 1/320 pour *R. prowazeki*, 1/160 pour *R. mooseri* et *R. conori* 1/20 pour *C. burnetti*. Chez les vaccinés, les taux exigibles sont de 1/640 pour *R. prowazeki* et 1/320 pour *R. mooseri*. En fait, divers auteurs exigent un taux de 1/1.280 pour *R. prowazeki*, surtout en cas de prélèvement unique.

Nos résultats globaux s'inscrivent comme suit :

11 réactions positives sur 38 infarctus,

5 réactions positives sur 30 artérites.

En fait, sauf deux cas positifs pour le scrub typhus, deux pour la fièvre Q et un pour le typhus murin, les réactions n'atteignent pas les taux exigés à savoir : 8 réactions positives à 1/320 pour *R. prowazeki* chez d'anciens vaccinés, 1 taux à 1/160 pour *R. mooseri* et 2 taux douteux à 1/20 pour *C. burnetti*.

Le détail des observations montre la difficulté d'interprétation de certaines sérologies :

— Ainsi, A... est un robuste Flamand de 34 ans, qui présente une coronarite avec altérations électriques importantes.

La micro-agglutination, d'abord négative, se positive à 1/320 pour *R. prowazeki* et 1/160 pour *R. mooseri* après réactivation. Après administration d'hexacycline pendant un mois, la micro-agglutination est à nouveau négative. Mais, ce Légionnaire a subi la vaccination anti-typhique et par ailleurs c'est un hyperandroïde (84 kg. pour 1 m. 74), gros mangeur, fumant trois paquets de cigarettes par jour (intradermo-réaction au tabac très positive) ; ajoutons une lipidémie à 10 g. 0/00 et des traumatismes psychiques importants.

— De même, P.H..., âgé de 33 ans, présente un infarctus du myocarde. La micro-agglutination est positive à 1/20, puis 1/40 pour la fièvre Q, mais ce malade est un obèse androïde, gros mangeur, qui fume 40 cigarettes par jour (intradermo-réaction, positive au tabac) et dont la lipidémie atteint 13 g. 0/00.

— Ou encore, T..., âgé de 56 ans, se présente comme un polyvasculaire avec artérite des membres inférieurs prédominante, mais aussi coronarite, lésions du fond d'œil, atteinte rénale. La micro-agglutination est positive à 1/80 pour la fièvre Q, mais le malade a été fumeur, et présente une cholestérolémie à 2,40, une uricémie à 0,80 et une glycémie supérieure à 1 g. 0/00. Notons de plus, que la fièvre Q est une maladie très répandue, et que sa coïncidence avec d'autres affections est très fréquente.

En définitive, nous ne retenons la responsabilité d'une rickettsiose que dans deux artérites :

— La première concerne un malade vu en expertise, qui a présenté une claudication intermittente à l'âge de 34 ans, 2 mois après un épisode fébrile survenu en Extrême-Orient ; 8 ans après ce début, la micro-agglutination est positive à 1/160 pour le scrub-typhus ; or cet homme n'a pas d'hérédité vasculaire, n'est pas fumeur et a des constantes biologiques normales.

— La seconde observation est superposable à la première, si ce n'est que l'oblitération intéressait une seule artère pédieuse.

Dans tous les autres cas, le titre des agglutinations n'est pas suffisamment élevé pour entraîner la conviction, et, par ailleurs, on retrouve dans le dossier un ou plusieurs des facteurs classiquement incriminés dans la pathogénie de l'athérosclérose : hérédité, excès de poids, tabagisme, augmentation de la lipidémie, de la cholestérolémie, de la glycémie ou de l'uricémie.

On voit donc avec quelle prudence, l'élément purement immunologique que représente une micro-agglutination positive, doit être interprété. Il est certes nécessaire de pratiquer cet examen chez tout vasculaire, mais il doit s'intégrer dans une enquête beaucoup plus vaste, et c'est finalement à la clinique qu'il appartiendra d'apprécier sa valeur.

RÉSUMÉ

Sur 38 infarctus et 30 artérites observés chez des militaires, les réactions de micro-agglutination sont 11 fois positives, dont seulement 5 fois à des taux significatifs. En fait, l'étiologie rickettsienne n'est retenue que dans 2 artérites. A en juger par les résultats de la micro-agglutination, l'étiologie rickettsienne paraît rare dans les vasculopathies observées dans notre Service.

SUMMARY

Purposeful search of a possible rickettsial origin in coronaritis and arteritis observed in a military environment.

Out of 38 infarcts and 30 arteritis observed in soldiers, the micro-agglutination test proved 11 times positive (5 of the reactions only yielding a significant titer). A rickettsial etiology seems possible only in two arteritis. According to the results of the micro-agglutination test, a rickettsial etiology seems to be rare in the vasculopathies observed.

Hôpital Militaire « Michel-Levy »,
Service de Médecine, Marseille.

Discussion.

M. P. GIROUD. — Le diagnostic de typhus des broussailles ne peut être fait qu'avec une réaction spécifique. Un typhus murin typique peut être contracté dans la brousse. MM. CHARMOT et coll. n'ayant pas pu utiliser d'antigènes spécifiques, ni isoler de souches, ils ne peuvent parler que de typhus de brousse clinique.

Nous insistons sur la valeur absolue de la réaction de micro-agglutination pour le diagnostic de la fièvre Q et contrairement à ce que pense CHARMOT la fièvre Q est rare. Il est important d'en faire le diagnostic surtout dans les états vasculaires ne succédant pas à une affection aiguë.

Nous avons pu voir ces temps derniers un sujet pour lequel le diagnostic n'avait pas été fait et auquel on avait coupé la jambe. Il s'agit bien là d'une thérapeutique radicale (*).

(*) M. CHARMOT fait connaître qu'il a pris soin de préciser dans son texte : 1° que les micro-agglutinations ont été faites par des laboratoires dont la compétence est éprouvée et qui disposent des antigènes spécifiques ; 2° qu'il était, à son sens, nécessaire de demander cette réaction dans le bilan de toute vasculopathie.

M. GIROUD considère que les deux laboratoires auxquels M. CHARMOT s'est adressé ne possèdent pas d'antigène *spécifique* vis-à-vis du typhus des broussailles et n'ont pu ainsi avoir de micro-agglutination vis-à-vis de cet antigène.