

La diphtérie

Maladie d'actualité, à propos d'une épidémie récente

A. FOURRIER, P. CAMIER, P. LEQUIEN

La diphtérie existe toujours en France. Nous avons observé une épidémie récente à Lille, d'octobre 1966 à février 1967. Cette épidémie a touché un quartier bien limité : enfants de deux écoles, employés d'une chocolaterie voisine : au total 20 cas.

La réaction de Schick est positive chez 50 % des adultes et 45 % des enfants de l'entourage, témoignant des insuffisances de la vaccination. Le diagnostic a été tardif (4 à 21 jours) dans les premiers cas, qui furent mortels.

Reprenant les observations des trois dernières années, nous observons chez des sujets vaccinés dix formes communes et quatre formes graves, un seul cas mortel 10 ans après l'injection de rappel. Il existe une certaine immunité longtemps après une vaccination. Huit malades sur douze non vaccinés ont fait des formes graves, dont quatre mortelles. Dans six formes communes, la vaccination est probable mais non prouvée.

Les principales *formes cliniques* de la maladie ont été observées : angines communes, graves d'emblée, pseudo-phlegmoneuses, malignité secondaire ou tardive. Chez quatre malades non vaccinés, la sérothérapie a été tardive, des troubles de conduction intracardiaques sont notés divers, variables et mortels. L'histologie montre des lésions de myolyse, d'infiltration cellulaire, de glycogénolyse et de dégénérescence, grasseuse. Deux fois, les troubles électriques se limitaient à des anomalies de la repolarisation, heureusement régressives sous solution polarisante. Quatre fois, des paralysies ont été observées, respectant la chronologie classique. Un cas fut mortel malgré l'assistance respiratoire. Le myocarde était intact malgré un épisode d'asystolie de 48 heures.

La diphtérie tue encore. Et ceci rappelle la nécessité d'une vaccination bien faite — avec rappel tous les cinq ans — qui demeure efficace.

(Service des Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier, 59 - Lille)

La trisomie 13

A propos d'une nouvelle observation

B. GAUDIER, C. PONTE, R. WALBAUM, M. LEDUC, P. DESBONNETS
P. RYCKEWAERT et B. DELATTRE

(Paraîtra en fait clinique)

A propos d'un cas de trisomie 13

V. RECTEM, J.M. BOURGEOIS, E. MAILLARD, A. CRICKX, M. DEMINATTI et G. BISERTE

L'observation rapportée concerne un enfant de sexe masculin âgé actuellement

de deux mois et demi. Sa mère est âgée de 36 ans. Le poids de naissance était de 3 400 g.

Les anomalies céphaliques comportent une aplasie des os du nez et du massif facial donnant un aspect de « tête de singe », un micro-rétrognathisme très important, des malformations des oreilles et des plages d'aplasie du vertex. Il n'y a ni division palatine, ni microcéphalie (à la naissance : périmètre crânien 33 cm).

Il existe une polydactylie bilatérale.

Du point de vue génital on note une cryptorchidie unilatérale gauche et une hypertrophie scrotale. Le penis est petit et enfoui.

Il n'y a pas de malformations urinaire, digestive et squelettique mais une cardiopathie cyanogène sévère. Il s'agit vraisemblablement d'une transposition des gros vaisseaux.

Du point de vue oculaire, il existe un colobome irien bilatéral et une atrophie de la papille optique mais il n'y a pas de microphthalmie.

Les dermatoglyphes sont anormaux : triradius axial en position t'' et pli palmaire transverse unique. Au niveau de la plante des pieds il n'existe pas d'arche.

L'analyse chromosomique effectuée sur sang périphérique met en évidence une trisomie 13 libre.

70 % des polynucléaires neutrophiles présentent plus de deux expansions nucléaires.

Une étude des hémoglobines effectuée à l'âge de 1 mois a montré un taux d'hémoglobine F normal pour l'âge. Il n'y avait ni hémoglobine Gower 2 ni hémoglobine A2.

(25, rue Nationale, 59 - Marq-en-Barœul)

G. BISERTE

actuellement