

- 47, n° 2, 296-299 ; *Bull. méd. de l'A. O. F.*, 1954, 11, fasc. 1, 125-131 (commentaires de R. KOERBER).
- DEPOUX (R.), MERVEILLE (P.) et CAPDEVIELLE (F.). — Existence de la lymphoréticulose bénigne d'inoculation au Congo (2 cas observés à Brazzaville). *Presse médicale*, 5 mai 1956, 64, n° 36 (6 réf.).
- NETTER (R.), CHANALET (Y.) et BERNOT (J.). — Premier cas de lymphoréticulose bénigne d'inoculation au Vietnam. *Bull. Soc. Path. exot.*, 1956, 49, n° 1, 23-25.
- COURDURIER (J.), PORTE (L.) et MEYER (G.). — Premier cas de lymphoréticulose bénigne d'inoculation à Madagascar. *Arch. I. P. Madagascar*, année 1956, Tananarive 1957, 9-10 (4 réf.).
- MOLLARET (P.), REILLY (J.), BASTIN (R.) et TOURNIER (P.). — Lymphoréticulose bénigne d'inoculation. Bilan personnel actuel. *Presse médicale*, 1956, 64, n° 51, 1177-1180, 3 tableaux, 11 figures en couleurs.

### L'ACÉTAZOLAMIDE DANS LE TRAITEMENT DES ŒDÈMES CARENTIELS DE L'ENFANT

Par G. CHARMOT et R. REYNAUD (\*)

Le but de cette communication est de montrer l'intérêt que peut présenter l'Acétazolamide dans le traitement des œdèmes du jeune enfant de type « protéoprive ».

#### OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — O... Marie, 2 ans. Œdèmes très importants des membres inférieurs et de la face, empêchant l'ouverture des paupières, gros cœur. Anémie intense, à 850.000 G. R. par millimètre cube. Nombreux œufs d'ankylostomes dans les selles. Hémoglobine S à l'électrophorèse.

La malade reçoit 2 transfusions, d'environ 100 cm<sup>3</sup> chacune. Le 5-3, l'Acét. est donné à la dose de 60 mg. par jour, en raison de douleurs articulaires. Le poids est de 8 kg. 300. La régression des œdèmes est spectaculaire : le 9, le poids est de 7 kg. 700 ; le 11, il est tombé à 6 kg. 800. On arrête l'Acét. La chute de poids se poursuit jusqu'au 17 : 6 kg. 200. L'enfant est méconnaissable.

Par ailleurs : tétrachloréthylène, gluconate ferreux, régime enrichi en protéine. Sort très améliorée.

En résumé : chute de poids de 2 kg.

OBSERVATION II. — L... Adolphe, 18 mois, hospitalisé le 13-3. Diarrhée, œdèmes des pieds et de la face, conjonctives pâles sans subictère, tachycardie 2.250.000 G. R. avec 35 o/o d'Hb au Gowers. Œufs d'ankylostomes dans les selles. Myélogramme riche mais absence de sidéroblastes. Stéatose du foie à la ponction-biopsie. Protidémie à 58 o/o. Pas d'albuminurie. Gros cœur à l'écran.

(\*) Séance du 11 juin 1958.

Traité par Acét. : le poids tombe de 10 kg. 350 à 9 kg. 700, en 5 jours, avec disparition des œdèmes.

Par ailleurs : didakène, fer. Soit le 21-3 : 11 kg., 4.000.000 de G. R., 75 o/o d'Hb.

*En résumé* : anémie ferriprive et œdèmes chez un ankylostomé. Bons résultats du diamox sur les œdèmes. Chute de poids de 650 g.

OBSERVATION III. — M... Philippe, 5 ans, hospitalisé le 8-4. Conjonctives pâles sans subictère, œdèmes de la face et des pieds, tachycardie, légère dyspnée. 1.500.000 G. R. avec 20 o/o d'Hb (GOWERS). Moelle érythroblastique sans sidéroblastes. Nombreux œufs d'ankylostomes dans les selles. Gros cœur à la scopie.

Diamox : 125 mg. par jour, pendant 7 jours. Passe de 16 kg. à 14 kg. 500 mais le poids tombe encore à 13 kg. 900 au 2<sup>e</sup> jour après l'arrêt de l'Acét.

Par ailleurs : ferronium, déparasitage, réparation très lente de l'anémie.

*En résumé* : anémie par ankylostomes, œdèmes, chute de poids de 2 kg.

OBSERVATION IV. — N... Suzanne, 2 ans 1/2. Présente un kwashiorkor fruste : hypotrophie (9 kg. 900), tronc et membres supérieurs très amaigris, œdèmes modérés des membres inférieurs ; téguments presque rouges, zones dépigmentées des fesses et de la face postéro-interne des cuisses ; cheilite. Abdomen ballonné, diarrhée. Foie et rate non palpables.

Sur le plan biologique : Protidémie : 33 o/o. Examen parasitologique des selles : négatif (2 fois). Test de Schwachman : 0. MacLagan : 18 U. V., 4.200.000 G. R. avec 82 o/o d'Hb.

Les œdèmes commencent par augmenter, le poids atteint 10 kg. 200 au 3<sup>e</sup> jour. On donne alors 1/4 de diamox par jour : au 3<sup>e</sup> jour, le poids est tombé à 9 kg. 200, il n'y a plus d'œdèmes cliniques.

Arrêt du diamox. Régime équilibré, enrichi en protéines et vitamines. Les œdèmes ne se reproduisent plus. Sort très améliorée le 20<sup>e</sup> jour ; poids 10 kg. ; protidémie : 53 o/o. Pigmentation subnormale.

*En résumé* : kwashiorkor, chute de poids de 1 kg.

OBSERVATION V. — N... T., âgée d'environ 3 ans (orpheline), apathique. Cheveux raréfiés et décolorés. Téguments rougeâtres ; œdème des pieds et des jambes. Pas de diarrhée. Gros foie. 3.350.000 G. R., avec 43 o/o Hb (GOWERS). Protidémie à 32,2 o/o. Dans les selles : œufs d'ankylostomes, pas de trypsine au test de Schwachman. Stéatose hépatique à la ponction-biopsie. Gros cœur à l'écran.

Diamox pendant 5 jours : le poids passe de 8 kg. 800 à 8 kg. 400, puis la chute se poursuit pendant encore 3 jours (8 kg. 200). Les œdèmes ont disparu. La malade reçoit en même temps de l'hyperprotidine et du gluconate ferreux.

Amélioration très rapide.

*En résumé* : kwashiorkor fruste et ankylostomose. Perte de poids de 600 g.

OBSERVATION VI. — B... Adolphine, 2 ans 1/2, entre le 17-4. Apathique, face bouffie et œdèmes importants des membres inférieurs, malgré lesquels le poids n'est que de 7 kg. 300. Conjonctives blanches, tachycardie, polypnée, foie et rate non palpables. Diarrhée, anorexie. 1.350.000 G. R. avec 20 o/o Hb (GOWERS).

Electrophorèse d'Hb : type AS.

Nombreux œufs d'ankylostomes dans les selles.

Traitement : Acétazol. : 60 mg./jour, du 17 au 21 inclus : le poids passe de 7 kg. 300 à 6 kg. 700. Gluconate ferreux : 1 comprimé par jour. Tétrachloréthylène 7/10 de centimètre cube le 19-4.

Le 22-4 dans l'après-midi, soit 36 heures après la dernière prise de diamox, aggravation brutale de l'E. G. ; diarrhée aqueuse, déshydratation. Décès le soir. Gros foie, stéatose massive, reins un peu congestifs, sans lésions glomérulaires ou tubulaires.

*En résumé* : anémie grave et œdèmes par ankylostomose. Réduction des œdèmes en 5 jours. Décès dans un tableau de diarrhée profuse, 36 heures après la dernière prise d'Acét., qui ne semble pas être la cause, du moins principale, du décès.

#### APPRÉCIATION DES RÉSULTATS

Chez six enfants, âgés de 18 mois à 6 ans, l'Acétazolamide a entraîné en quelques jours la réduction d'un syndrome œdémateux, avec des chutes de poids de 600 g. à 2 kg.

L'origine de ces œdèmes est à rapporter à l'ankylostomose dans les observations I, II, III et VI. L'anémie était alors importante et constituait le symptôme le plus grave, menaçant pour la vie du petit malade.

L'observation IV est un exemple de ce syndrome nutritionnel appelé selon les auteurs, kwashiorkor, maladie œdémateuse du sevrage, hypoprotidémie carencielle, etc. ; l'ankylostome n'en paraissait pas responsable et le taux de l'hémoglobine était normal. Enfin, le syndrome était mixte chez l'enfant de l'observation V : maladie de type kwashiorkor, aggravée par une ankylostomose restant au 2<sup>e</sup> plan.

La tolérance a été excellente dans les cinq premières observations, malgré la stéatose hépatique des observations II, IV et V (les seuls qui subirent une ponction-biopsie du foie). L'issue de l'observation VI laisse planer un doute, bien que la responsabilité de l'Acét. apparaisse comme improbable.

#### COMMENTAIRES

Ainsi, l'Acétazolamide a entraîné la régression rapide du symptôme œdème de nos malades. Sans son emploi, cette régression eût, certes, été obtenue, mais beaucoup plus lentement ; notre expérience de ces malades nous permet de le dire. Le diamox n'a donc qu'une valeur d'appoint, agissant sur un des éléments de l'ankylostomose grave ou du kwashiorkor. Mais il est utile par la rapidité de son action, intéressante surtout chez les ankylostomés, semble-t-il ; l'anémie et les œdèmes s'accompagnent d'un gros cœur, avec souvent bruit de galop : il est donc indiqué de réduire le volume des liquides extracellulaires, bien que les troubles cardiaques ne jouent qu'un rôle mineur dans son expansion (rappelons que chez de tels ankylostomés, c'est l'anémie qui est menaçante).

Les œdèmes de l'ankylostomose et de la malnutrition paraissent relever d'une pathogénie commune, puisque répondant au même traitement. On admet la responsabilité de la chute de l'albumine sérique ; il faut pourtant remarquer que les œdèmes ont été réduits avant la correction de l'hypoprotéinémie.

Enfin, la chute de poids s'est plusieurs fois poursuivie après l'arrêt du traitement alors que l'Acétazolamide était éliminé. On a l'impression que, une fois la diurèse bien amorcée, un « cercle vicieux » se trouve rompu et la correction de l'homéostasie se poursuit spontanément.

En conclusion, l'Acétazolamide constitue un appoint intéressant dans le traitement des syndromes œdémateux de la première enfance, si fréquents en Afrique, qu'ils relèvent de l'ankylostomose ou de la classique carence azotée. Il nous paraît être le médicament agissant le plus rapidement sur la rétention hydro-saline de ces malades.

#### RÉSUMÉ

Six observations de syndromes œdémateux chez des enfants âgés de 18 mois à 6 ans (deux de type kwashiorkor et quatre par ankylostomose avec anémie grave). Bons résultats de l'Acétazolamide sur le symptôme œdème. Un enfant est décédé, mais 36 heures après l'arrêt du produit, qui n'a pas paru responsable de la mort.

*Brazzaville, Hôpital Général.*

#### MÉMOIRES

##### RELATIONS ENTRE L'APPARITION RAPIDE DE PLUSIEURS CAS DE LÈPRE TUBERCULOÏDE ET LA VACCINATION PAR B. C. G. INTRADERMIQUE CHEZ DES ENFANTS EN PAYS D'ENDÉMICITÉ LÉPREUSE

Par HERVÉ FLOCH et MARCEL MAILLOUX (\*)

Parmi les enfants et les adolescents des écoles de Cayenne nous avons relevé, en ces derniers mois, un nombre inaccoutumé de nouveaux lépreux.

Nous allons d'abord résumer les observations en question.

(\*) Séance du 14 mai 1958.