

La rate dépasse les fausses côtes de trois travers de doigts. Diagnostic : accès de paludisme. Je lui administre 0,05 de quinine. Le lendemain je lui donne 1 g., 50 en trois fois. La malade a bien supporté la quinine par la suite.

OBSERVATION VII

Cette observation est due à l'obligeance du docteur SÉGAL, médecin de l'Hôpital ROTHSCHILD de Jérusalem, à qui j'avais communiqué les résultats que j'avais obtenus. Il s'agit d'un jeune homme ancien paludéen, qui a eu, à plusieurs reprises, des accès de bilieuse hémoglobinurique, chaque fois après une prise de quinine. Comme il présentait dernièrement des accès paludéens, les médecins de Jaffa, qu'il avait consultés, craignant de lui donner de la quinine, l'envoyèrent à l'Hôpital ROTHSCHILD. Le docteur SÉGAL lui injecta 0,05 de quinine et quelques heures après, le malade a pu absorber des doses normales de quinine sans inconvénients.

Dans les cas que j'ai traités ensuite, et conformément à l'avis du Dr SÉGAL, je n'ai jamais dépassé 0,05 de quinine comme dose vaccinante. Elle s'est toujours montrée efficace et c'est la dose que je conseille chez l'adulte, bien entendu toujours en injection hypodermique.

En résumé, il semble bien que la fièvre bilieuse hémoglobinurique, lorsqu'elle survient après la quinine, est un accident anaphylactique et que la vaccination désanaphylactisante, d'après la méthode générale de BESREDKA, suffit à prévenir cet accident. Par cette méthode on pourra dorénavant traiter par la quinine tous les prédisposés, sans exception, sans crainte de voir éclater ce syndrome redoutable.

A propos de la fièvre hémoglobinurique en Palestine

Par HILLEL YOFÉ.

Sans prétendre ériger en loi certaines généralisations, certains sentiments, résultat de 23 ans de mon travail de médecin en Palestine (surtout dans certaines régions très paludéennes), je prends la liberté d'en faire part devant cette vénérable assemblée dont nous autres médecins praticiens des Colonies attendons l'inspiration et la direction scientifique ; au sujet de la très intéressante

communication du docteur DAVID, je me permets de faire les observations suivantes :

1° Je puis confirmer ses deux premiers énoncés savoir :

a) Il faut qu'un individu soit en proie au paludisme, pendant une période assez prolongée, avant d'acquérir la prédisposition à la fièvre bilieuse hémoglobinurique ;

b) L'accès hémoglobinurique attaque seulement des personnes qui avaient été déjà traitées par la quinine ;

Énoncés admis d'ailleurs généralement depuis longtemps.

2° Je ne puis pas confirmer le troisième énoncé, savoir que la fièvre hémoglobinurique s'attaque seulement aux individus qui n'ont pas été traités par la quinine pendant une certaine période précédant la prise de quinine ayant déterminé l'accès. Je dois dire pour ma part que je pourrais citer un certain nombre d'observations absolument avérées où les individus ont eu la fièvre hémoglobinurique au cours du traitement régulier par la quinine (insuffisant peut-être et peut-être trop fort).

3° Je ne puis pas me ranger à son avis, en ce qui concerne l'analogie avec les phénomènes d'anaphylaxie et surtout accepter les conclusions pratiques ayant pour but de prévenir l'accès hémoglobinurique à la suite d'absorption d'une dose suffisante de quinine, par une injection de 0,05 de quinine préalable. De ce que l'accès hémoglobinurique ne s'en est pas suivi dans quelques cas observés par le docteur DAVID, il ne s'ensuit pas encore que dans ces mêmes cas l'accès aurait eu lieu *sans cette injection préalable*.

4° Pour ma part je prends surtout en considération la prédisposition individuelle, familiale, saisonnière et enfin l'état d'imminence morbide particulier et passager, état que le praticien doué d'un certain flair et sachant se faire guider par le malade déjà éprouvé, découvre souvent. Je manie dans de pareils cas la quinine avec une extrême prudence, m'adressant aux injections intramusculaires répétées de petites doses de quinine, puis au tannate de quinine. Je lutte contre la prédisposition à l'hémolyse par le chlorure de calcium et l'ergotine. Je cherche à décongestionner le foie qui généralement dans ces cas présente un état anormal, si cet état n'en est pas une des causes. Je me suis adressé à plusieurs reprises à l'injection d'atoxyl (0,10-0,15) répétée trois ou quatre fois à intervalle de 3 jours. Sans pouvoir affirmer d'une façon absolue l'efficacité de ces injections je dois constater que j'ai eu l'impression d'avoir quelquefois par ce moyen conjuré la

marche de la malaria jusqu'au moment où l'individu a pu sans danger prendre la quinine.

Dans un cas d'intolérance absolue à la quinine, j'ai pendant trois ans pratiqué tous les mois trois injections d'atoxyl et ainsi préservé de toute attaque de fièvre. J'ai publié cette observation en 1912 dans la *Revue de Médecine et d'Hygiène tropicales* et depuis, cette personne continue à se porter très bien (ayant cessé déjà tout traitement depuis une année).

Et par-dessus tout, incontestablement, il faut placer la prophylaxie quinique générale qui est le meilleur, le plus sûr et le moins aléatoire de tous les modes de traitement préventif des fièvres bilieuses hémoglobinuriques.

Seulement c'est ici que se pose justement le dilemme angoissant devant la nécessité et la crainte de la quinine, car il ne faut pas tuer en sauvant. En effet, au début de l'institution de la prophylaxie quinique, il faut être prudent, il faut passer sur le tri, pour ainsi dire, tous les habitants de la localité donnée, traiter d'une façon spéciale les « prédisposés » avant de les verser au tas si j'ose m'exprimer ainsi.

Dans les régions éminemment paludéennes où j'ai introduit ce système, il n'y a plus d'accès hémoglobinuriques du tout, mais je dois dire que quelques rares cas se sont produits au début (surtout quand la surveillance médicale exacte a manqué par hasard).

Je pense comme conclusion en ce qui concerne la prophylaxie quinique : a) que c'est le grand moyen de conjurer les fièvres hémoglobinuriques ; b) que la plus étroite surveillance doit être exercée au début de toute campagne antimalarique ; c) que le système de préférence (en vue des accès hémoglobinuriques) doit être celui de l'absorption quotidienne de petites doses (0,25 à 0,40 suivant la saison). Donner, dans une région où les fièvres bilieuses existent, des doses de 1 g. à la fois, me paraît dangereux comme mesure générale de prophylaxie. J'en ai vu d'ailleurs de tristes preuves et pour ma part j'ai toujours protesté contre ce système.