

Extrait du
« Recueil de Travaux de Sciences Médicales au Congo Belge »
N° 3, Janvier 1945

A. FAIN et L. BENTZ

Accès d'hémoglobinurie après
administration de quinine préventive
dans des consultations pour nourrissons

Extrait du
« Recueil de Travaux de Sciences Médicales au Congo Belge »
N° 3, Janvier 1945

A. FAIN et L. BENTZ

Accès d'hémoglobinurie après
administration de quinine préventive
dans des consultations pour nourrissons

Accès d'hémoglobinurie après administration de quinine préventive dans des consultations pour nourrissons

A. M. FAIN et L. BENTZ

Nous venons aux débats ces quelques observations malheureusement trop sommaires et incomplètes, notre but est d'inciter les confrères à se montrer circonspects dans l'administration de quinine préventive chez les jeunes enfants.

Les cas relatés ci-dessous ont été observés dans le Sous-Secteur de la Lufimi Basse Sélé (Limites : fleuve Congo - riv. Kasai - riv. Kwango et englobant toute la banlieue sud de Léopoldville). Les distributions de quinine préventives aux nourrissons et jeunes enfants (jusqu'à l'âge de 4 ans) sont faites régulièrement une fois par semaine et depuis plusieurs années dans cette région, elles atteignaient plus de 1500 enfants dans ces derniers temps. Les doses administrées sont de 0,015 gr. au Kg. (Chlorhydrate neutre ou basique en solution) ce qui correspond approximativement à la dose curative employée chez l'adulte. Jusqu'à présent aucun accident n'avait été signalé après administration de quinine dans les dispensaires de ce Sous-Secteur.

Voici la description de quelques cas d'hémoglobinurie survenue rapidement après absorption de quinine :

1er Cas : Dispensaire de Dumi.

Un enfant de 3 ans reçoit le matin 20 cgr. de quinine. Vers 13 heures, aux dires du père, l'enfant fait un violent accès de fièvre et il émet des urines brunes. Le soir à 18 heures le père vient montrer l'enfant qui était dans le coma. Le sang contient des schizontes de malaria en assez grande abondance. L'enfant ne tarde pas à succomber en peu de temps ; avant de mourir il émet des urines très foncées.

2me Cas : Dispensaire de Dumi (6 mois après le cas ci-dessus).

Un enfant de 4 ans, de la même maison que l'enfant précité mais d'une autre mère, présente des symptômes analogues après administration de quinine préventive. Le lendemain de l'absorption de quinine l'enfant est amené à l'un de nous : il a une température de 39°, on note la prostration, des vomissements, de l'ictère. Les urines sont rouge-brun. Le sang et les selles sont négatifs. Le traitement symptomatique a été appliqué avec succès.

3me et 4me Cas : Dispensaire de Kunzulu.

L'infirmier du dispensaire a signalé deux cas « d'urines noires » après administration de quinine chez des enfants de 4 ans environ, le lendemain de la consultation. Les parents ont apporté ces urines noires à l'infirmier du dispensaire, celui-ci se conformant aux instructions qu'il avait reçues a immé-

diatement pris la température des deux enfants mais aucun n'était fébrile, il n'a pas été possible non plus de savoir si ces enfants ont passé par un stade fébrile après la prise de quinine.

5me Cas : Dispensaire de Bankana.

L'infirmier a signalé un cas d'urines rouges foncées accompagnées de fièvre se reproduisant après chaque prise de quinine.

6me Cas : Dispensaire de Maluku.

Un enfant de 4 ans faisait des accès de fièvre avec émission d'urines rougeâtres après chaque prise de quinine. Le sang au moment de l'accès contenait des schizontes de malaria. L'administration de doses plus légères et progressives a permis d'atteindre dans la suite une tolérance parfaite pour les doses curatives.

Que pouvons-nous conclure de ces quelques observations ?

Un fait semble certain : l'administration de quinine à la dose de 0,015 gr. de produit actif (quinine alcaloïde) par Kg. peut entraîner chez le jeune enfant une hémolyse massive se traduisant par les symptômes de la fièvre hémoglinurique, l'accès peut être intense au point de causer la mort.

Toutes nos observations sont faites chez des enfants de 3 à 4 ans aucun cas n'a été remarqué chez des enfants plus jeunes ou des nourrissons, ces faits nous incitent à croire qu'un certain degré d'impaludation chronique est indispensable pour déclencher l'accès, c'est d'ailleurs vers l'âge de 4 ans que cette imprégnation malarique est la plus profonde.

La recherche de l'endémicité malarique a été faite systématiquement dans plusieurs endroits du sous-secteur, elle a montré que la malaria règne de façon intense parmi toute la population, les trois plasmodiums ont été mis en évidence (*P. falciparum*, *malariae* et *vivax*) mais *P. falciparum* est cependant le plus fréquent, *P. malariae* a une répartition plus inégale : dans certains villages il est très rare dans d'autres il atteint jusqu'à près de 50 p. c. de l'infestation totale ; *P. vivax* est beaucoup plus rare. La faune anophélienne est richement représentée en nombre et en qualité, l'anophèle dominant le long des rives (Fleuve Congo - riv. Kwâ et riv. Kwango) est l'*A. mou-cheti* mais on trouve aussi des *A. gambiae*, *A. wellcomei* (Wissman Pool); *A. coustani*, var. *ziemani* et *A. nili*. Les plateaux de l'intérieur n'ont donné que des *A. paludis*.

D'une étude du Dr Van Wymeersch sur l'endémicité paludéenne dans le chenal (rive du Congo depuis l'embouchure du Kwâ jusqu'à Léo non compris) il ressort que le taux d'impaludation (établi sur examen de gouttes épaisses et de frottis) atteint près de 50 p. c. pour l'ensemble de la population, les enfants de moins de trois ans sont atteints dans une proportion de 90 p. c. Cette très forte infestation du premier âge explique peut-être les accidents d'hémolyse relatés ci-dessus.