

A quel moment convient-il d'administrer la quinine? Faut-il la donner avant, pendant ou après l'accès?

Donnée immédiatement avant ou pendant l'accès, la quinine est impuissante à l'enrayer. Il est préférable de la faire prendre après la terminaison de l'accès ou quelques heures avant l'accès à venir, le moment de son apparition étant connu. La quinine s'élimine en partie six heures après son ingestion; aussi ne doit-on pas éloigner son administration de plus de six heures du début de l'accès à venir.

Il est à remarquer que le début réel de l'accès précède le début apparent, caractérisé par le frisson. Avant le frisson existe déjà une élévation de température qui se manifeste lentement et qui précède le frisson de deux heures dans le type quotidien, de six à huit heures dans le type tierce, de douze à dix-huit heures dans le type quarte (Jaccoud).

On devrait donc tenir compte de ce fait et éloigner le moment de l'administration de la quinine d'un temps correspondant à la différence qui sépare le début réel du début apparent, mais, en pratique, on n'observe pas toujours ces règles et l'on obtient le résultat cherché en donnant la quinine soit une heure après la fin du dernier accès, soit huit à dix heures avant l'accès à venir.

Il suffit habituellement de deux ou trois doses de quinine pour couper une fièvre intermittente ordinaire, mais si l'on cesse la médication au bout de deux ou trois jours, un nouvel accès ne tarde pas à se produire; il est donc nécessaire de prolonger l'emploi de la quinine, en diminuant toutefois la dose quotidienne, en l'abaissant d'abord à 75 centigrammes, puis à 50 centigrammes. A ce traitement continu, M. Laveran préfère un traitement avec interruptions, qu'il désigne du nom de méthode des traitements successifs.

Pendant les premier, deuxième et troisième jours, il prescrit 80 centigrammes à 1 gramme de chlorhydrate de quinine.

Du quatrième au septième jour, pas de quinine. Les huitième, neuvième et dixième jours, 60 à 80 centigrammes de chlorhydrate de quinine. Du onzième au quatorzième jour, pas de quinine.

Les quinzième et seizième jours, 60 à 80 centigrammes.

Du dix-septième au vingtième jour, pas de quinine.

Les vingt et unième et vingt-deuxième jours, 60 à 80 centigrammes.

Si la fièvre reparait pendant le cours du traitement, il faut nécessairement prolonger la durée de celui-ci.

On a proposé quelques succédanés du traitement quinique: notamment l'euquinine, le sulfate de cinchonidine, le bleu de méthylène, le chlorhydrate de phénocolle.

L'*euquinine* (éther éthylocarbonique de la quinine) a été vantée par Von Noorden, Overlach, Panegrossi, etc...). Elle a l'avantage d'être insipide et de ne pas provoquer l'ivresse quinique. On peut la prescrire en cachets, en comprimés, en suspension dans du lait, du cacao, à la dose de 1 à 4 grammes par jour.

Le *sulfate de cinchonidine*, préconisé par le professeur de Brun (Beyrouth) est moins coûteux que les sels de quinine, mais c'est là son seul avantage, car il est d'une efficacité inférieure de moitié à celle de la quinine; à la dose où il est efficace (2 grammes), il peut être toxique; on ne saurait donc en conseiller l'emploi.

Le *bleu de méthylène* a été appliqué au traitement de la fièvre intermittente par Erlich, Guttman; il ferait, comme la quinine, disparaître les hématozoaires du sang, ce qui d'ailleurs a été contesté par Laveran. Les résultats obtenus en clinique ne sont pas décisifs; si M. Bourdillon a pu couper des accès avec des doses élevées (50 centigrammes à 1 gramme), Laveran, par contre, a eu des insuccès dans les deux cas où il l'a employé.

Le *chlorhydrate de phénocolle* (amidacétoparaphénétidine) a été utilisé par Hertel et Herzog comme antipyrétique dans un certain nombre de maladies fébriles; par Gerhardt en 1892, comme antinévralgique et antirhumatismal. Il a été expérimenté comme antimalarique en Italie par Albertoni, Cercillo, Pucci, etc. Le Dr Ribert (Arzew) l'a également utilisé, dans vingt cas. D'après lui ce médicament ne céderait en rien à la quinine; il est toujours bien supporté, même à doses élevées. On l'administre en cachet ou mieux en potion dans de l'eau aromatisée. On le donne par fractions, cinq heures au maximum, trois heures au minimum avant le début de l'accès fébrile présumé. Quant aux doses, elles doivent être de 2 grammes chez les adultes et de 50 centigrammes et même de 75 centigrammes chez les enfants de quatre à dix ans. L'usage du médicament devra être continué pendant six à sept jours, sinon de nouveaux accès fébriles se produiraient après quelques jours de rémission. Il est nécessaire d'instituer des traitements successifs, avec un intervalle d'environ huit à quinze jours entre eux. Le chlorhydrate de phénocolle n'agirait pas en détruisant les hématozoaires, mais en leur faisant perdre de leur vitalité de telle sorte que ceux-ci ne peuvent, pour un certain temps, arriver à leur phase de sporulation. Or, si on trouve des hématozoaires en état de segmentation ou de sporulation, on peut prédire un accès (Baccelli). Au bout de ce laps de temps, les hématozoaires pourraient de nouveau récupérer leur vitalité primitive, d'où la nécessité de la méthode des traitements successifs précédemment indiquée. Ce nouveau médicament, pas plus que le bleu de méthylène, n'a encore subi suffisamment l'épreuve de la pratique pour que l'on puisse le recommander en toute sécurité. Il est bon néanmoins de savoir qu'il existe quelques succédanés de la quinine susceptibles d'être utilisés dans certains cas.

Le *méthylarsinate disodique* (arrhénal), récemment introduit dans la thérapeutique, a été vanté par le Dr Billiet, par A. Gautier, comme ayant une efficacité égale, sinon supérieure à celle de la quinine. Les résultats obtenus de différents côtés n'ont pas permis de confirmer la valeur du méthylarsinate disodique en tant qu'agent antipalustre.

Lorsque les accès ont été coupés, on n'est pas quitte envers le malade; il reste à leur suite de l'anémie, parfois très accentuée, des troubles notables de la digestion, de l'hypertrophie splénique.

Autant pour parer cette déchéance de l'organisme que pour prévenir le retour de nouveaux accès, d'autant plus à craindre que l'organisme se trouve en état de moindre résistance, il faut imposer aux malades un *changement de climat* ou tout au moins une *cure d'altitude*, s'il se trouve un sanatorium dans la colonie où ils résident.

Contre l'hypertrophie splénique, le traitement par la *quinine* est encore de mise, seulement, on l'administre à petites doses, associée à l'extrait de quinquina: