Le traitement arsénical de la fièvre récurrente à tiques

PAR

A. DUBOIS.

(Reçu pour publication le 19 janvier 1952.)

Récemment H. C. Trowell a passé en revue les traitements de la fièvre récurrente africaine à tiques (1). Il montre la difficulté d'établir la valeur d'un produit dans une affection à évolution irrégulière et chez des indigènes dont on connaît peu les antécédents et dont on suit difficilement le sort.

Examinant l'action des arsénicaux, Trowell écrit : « The general consensus of opinion is that the arsenicals are useless if not dangerous in the treatment of tick-borne relapsing fever as seen in E. Africa, although they may be of some use in louse-borne relapsing fever. »

Selon l'auteur anglais, la pénicilline ne prévient guère les rechutes et la streptomycine est peu connue. Dans ces conditions, l'auréomycine semble une précieuse acquisition. Mon but n'est pas de discuter de ce produit. Je me borne à signaler que, selon Trowell, 2 g en tout, et peut-être même 1 g et moins, pourraient suffire au traitement et qu'en outre, l'action serait favorable dans les complications nerveuses ou oculaires souvent tardives (*).

Si cette heureuse activité est confirmée, ce sera une raison de plus d'abandonner les arsénos dont les dangers ne sont pas négligeables. Mais le point de vue scientifique reste : les arsénos sont-ils inactifs chez l'homme ?

On sait que les premiers à utiliser ces produits au Congo furent Rodhain et coll. (2). Ces expérimentateurs, utilisant de fortes doses (10 mg/Kg de 606) employés précocement, relatent des succès qu'ils considèrent comme définitifs (durée d'observa-

---

(*) Trowell n'a pas, dans cet article, considéré l'action de l'or, si efficace cependant chez les petits animaux.

tion dépassant un mois). Les doses plus faibles donnent des résultats incomplets.

L. Van Hoof (3), lors de la campagne de l'Est Africain Allemand 1916-1918, fit des constatations semblables. Il conclut que, utilisés à la première ascension fébrile, les arsénos « coupent net la fièvre récurrente ». Au contraire, quand l'évolution est plus avancée, le mercure serait supérieur. Avec Van den Branden (4) il revient incidemment sur ces faits, confirme sa première opinion, citant cependant un insuccès.

Il semble qu'aussi bien Rodhain et coll. que Van Hoof et coll. aient eu l'avantage d'observer des individus arrivant de régions non endémiques en zone à tiques et présentant des infections immédiatement diagnostiquées. Dans le travail n° 4 en particulier, il s'agit de soldats s'infectant en cours de chasse dans les savanes du Moyen Congo.

Depuis lors, la littérature congolaise n'est ni très abondante ni très convaincante. La plupart des auteurs cités à la bibliographie (5 à 10) admettent l'activité du 914 ou d'autres arsenicaux, mais la plupart signalent des rechutes et insistent sur la nécessité de traitements prolongés. Certains auteurs cités ne parlent du reste qu'accessoirement de leurs méthodes thérapeutiques. L'ensemble ne dégage pas la notion d'une activité indiscutable.

Au contraire des précédents, ces auteurs ont souvent observé en région endémique et l'histoire de leurs sujets est sans doute plus obscure. La remarque de Trowell citée ci-dessus est tout à fait exacte. Il faudrait s'attacher à réunir des observations précises sur des sujets infectés pour la première fois et qu'on peut suivre attentivement. Bien que la fièvre à poux soit inconnue au Congo, il faut songer à la possibilité de son apparition. Il serait, du reste, très utile de vérifier l'arséno-sensibilité chez la souris des diverses souches isolées de l'homme.

Les dernières années n'ont plus vu au Congo de publications à ce sujet. Nous nous trouvons donc assez embarrassé pour formuler une conclusion définitive. On sait que le 914 a, chez les petits animaux de laboratoire, une incontestable activité : la parasitémie est ordinairement supprimée mais le cerveau reste souvent infectieux. La mortalité, tout comme chez l'homme, est trop irrégulière pour être un élément d'appréciation.

Tout ceci m'amène à relater brièvement trois cas observés par moi et qui ont en commun d'être des contaminations de laboratoire (par manipulation de souris) en Europe. Les deux pre-

miers cas semblent indiquer une efficacité absolue du traitement. Peut-être objectera-t-on qu'il s'agit de spirochètes venant de souris. Il faut noter que ces parasites sont repassés de temps en temps par tiques. Nous savons, en outre, qu'inoculés à des paralytiques généraux ils donnent des récurrences multiples. Le cas 3 est du reste cité parce qu'il semble montrer une récidive; il n'a pas comporté de traitement arsénical.

1) W..., jeune homme de constitution moyenne, environ 60 kg.

Le 19-5-43, fièvre brusque, céphalée intense. Spirochètes ++++.

Le traitement entrepris avant la fin des premières 24 heures jugule la fièvre en 24-36 h. Il reçoit 3 × 600 mg de 914 à 3 et 4 jours d'intervalle (Dr Valcke). Tolérance parfaite. W. ne reste que 5 jours en notre clinique. Ni rechute ni malaises ultérieurs malgré un séjour en 1944 dans les prisons et camps de l'envahisseur. W. était revenu des camps en mauvais état (œdème) mais n'a pas fait de troubles attribuables à la spirochétose.

2) A..., jeune fille de constitution robuste, 61 kg.

Mêmes symptômes et traitement, mais ce dernier a été plus tardif. Début le 15-X-43, fièvre et malaises; le 16, 39°6, le 17, 40°2 et le diagnostic est posé. Le traitement est commencé le 18. La température est le 20 vers 37°5 et restera normale sauf 2 ou 3 petites irrégularités ne dépassant pas 37°6. A reçu 3 × 600 mg de 914 (Dr Valcke). La malade entrée le 18, quitte la clinique le 30-X et n'a plus eu de rechute. Elle aussi — en raison de son activité patriotique — connut la prison en 1944. La libération du territoire lui apporta la liberté. Ici aussi ni rechutes ni troubles tardifs.

3) M..., 1949, femme d'âge mûr, robuste. Au cours d'un voyage en Angleterre, fièvre sévère diagnostiquée malaria (examen microscopique).

Le traitement correct à l'Atébrine n'empêche pas une rechute fébrile quasi immédiate au retour en Belgique. Des spirochètes sont présents. Un traitement intensif à la pénicilline se montre utile. Une paralysie faciale se dissipe assez lentement.

Il ne me semble guère douteux que le premier accès de fièvre en Angleterre n'était en réalité déjà de la spirochétose. Il n'y a pas eu de rechute de malaria.

Je pense donc que l'affirmation de Trowell est trop absolue. Je conçois parfaitement qu'actuellement on renonce au 914, surtout si l'auréomycine confirme ses prouesses. Mais à côté de la pratique il y a une question théorique et je serais heureux de susciter des observations et remarques des médecins du Congo avant que le 914 soit introduit — avec le respect dû aux précurseurs — dans la vaste nécropole des dieux désormais sans fidèles.

Résumé. — L'auteur, s'appuyant sur deux cas européens montre que le 914, employé précocement, permet d'obtenir la guéri-

son définitive de l'infection à *Sp. duttoni* (infection de laboratoire par manipulation de souris). Il souhaite voir préciser l'activité du 914 sur cette infection bien que très probablement l'auréomycine soit destinée à supplanter l'arséno.

Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Anvers.

Samenvatting. — Schrijver, steunende op twee europese gevallen, wijst op het feit dat het vroegtijdig gebruik van 914 een definitieve genezing toelaat van een *Sp. duttoni* infectie (laboratorium infectie bij muizenbehandeling). Zijn wens is dat de juiste werking van 914 op deze infectie beter zou worden vastgesteld, alhoewel meer en meer voorkeur gegeven wordt aan Aureomycine.

Discussion. — R. MOUCHET. — Fin 1913 et début 1914, à la Lukuga, près du Lac Tanganyka, j'ai eu l'occasion de traiter un certain nombre de cas de fièvre récurrente chez des travailleurs recrutés pour la mine de Greinerville, et qui en se rendant de leurs villages aux chantiers traversaient une zone où les kimputus étaient assez abondants.

J'ai utilisé comme traitement soit le Salvarsan, soit le Néo; j'ai toujours eu de bons résultats et chaque fois que le traitement put être appliqué dès le début, la fièvre tomba en 24 heures, après une seule injection et il n'y eut pas de rechutes ultérieures (il s'agit d'ouvriers dont les maladies sont notées).

Comme ces cas n'avaient pas une allure épidémique et que les kimputus étaient nettement présents, je n'ai pas un instant pensé qu'il pourrait être question de récurrente à poux.

Le camp de Makala était sans tiques; et il n'y eut jamais d'autres cas que chez des recrues à l'arrivée (présentation de deux tracés de température montrant l'apyrexie rapide (± 24 h.) se continuant pendant les 10 ou 14 jours de séjour à l'hôpital, après une seule injection de 600 mg de 606 ou 900 mg de 914.

J. RODHAIN. — Aux trois cas d'infection de laboratoire relatés par M. Dubois, je puis en ajouter un quatrième observé en 1920 au laboratoire de Léopoldville. Mlle H..., assistante au laboratoire, fut prise de fièvre, résistant à la quinine, quelques semaines après son arrivée d'Europe. L'examen du sang en goutte épaisse ayant décelé la présence de spirochètes, elle fut traitée

au Néosalvarsan et guérit sans rechutes. Il s'avéra dans la suite qu'elle s'était infectée par des nymphes d'*Ornithodorus moubata* avec lesquelles j'expérimentais à cette époque.

J. Van Riel. — De 1927 à 1930, nous avons observé à Lubero de nombreux cas de fièvre récurrente, qui, très vraisemblablement, étaient des accès primaires. Il s'agissait, en effet, d'indigènes qui portaient le courrier hebdomadaire de Lubero à Rutshuru. Ils voyageaient par deux et traversaient la plaine de la Ruzizi où les villages sont intensément infestés d'ornithodores. A de très rares exceptions, tous ces indigènes présentaient au retour un accès de fièvre récurrente avec présence de *Borrelia duttoni* dans le sang. Les porteurs du courrier devaient être chaque fois remplacés. Dans le traitement de ces cas probablement primaires, le Néosalvarsan nous a donné des succès constants et définitifs.

BIBLIOGRAPHIE.

1. — H. C. Trowell. The treatment of tick-borne Recurrent Fever in E. Africa with special reference to Aureomycine. East Afr. Med. Jl., 1951, **28,** 402.

2 et 2'. — J. Rodhain et coll. Essais de traitement de la fièvre récurrente d'Afrique par l'Arsénobenzol « 606 ». Ann. Inst. Pasteur, 1911, **25,** 539. J. Rodhain et coll. Observations concernant la fièvre récurrente Africaine. Rapp. Trav. Miss. Scient. du Katanga. Bruxelles, 1913.

3. — L. Van Hoof. Note préliminaire sur la fièvre récurrente parmi les troupes belges de l'Est Africain Allemand. Bull. Soc. Path. Exot., 1917, X, 786.

4. — F. Van den Branden et L. Van Hoof. — Recherches sur la fièvre récurrente africaine. Ibid., 1922, **XV,** 220.

5. — G. Trolli. Un cas de fièvre récurrente traité par le novarsénobenzol. Ictère toxique. Ann. Soc. Belge Méd. Trop., 1923, **3,** 209.

6. — J. Olivier. Note sur la fièvre récurrente. Ibidem., 1923, **3,** 365.

7. — Duyck. Un cas de stomatite membraneuse consécutive à un traitement bismuthique (N.B. Il s'agit d'un sujet atteint de fièvre récurrente. A.D.). Bull. Méd. Katanga, 1926, **3,** 100. — On trouvera dans le vol. I, n° 1, de ce périodique une note de la rédaction au sujet de ce traitement.

8. — R. Van Nitsen. Le traitement de la fièvre récurrente africaine par le Stovarsol sodique. Ann. Soc. Belge Méd. Trop., 1927, **7,** 177.

9. — Limbor. Note sur trois cas de fièvre récurrente observés à Usumbura (Urundi). Ibidem, 1929, **9,** 45.

10. — A. Lodewijckx. Notes sur les altérations du liquide céphalo-rachidien en rapport avec la fièvre récurrente africaine. Ibidem, 1938, **18,** 487.