

# Les Infections Tuberculeuses au Congo belge

PAR

**J. RODHAIN.**

---

Fin 1920, le Gouvernement du Congo belge, alarmé par l'augmentation progressive du nombre de cas de tuberculose humaine, que les médecins signalaient dans leurs rapports périodiques, décréta, un texte de loi qui permit aux autorités locales de prendre contre la bacillose de Koch, des mesures propres à ralentir sa diffusion.

Ces mesures déterminées par l'ordonnance du Gouverneur général du 7 août 1921, rendent obligatoire la déclaration de la tuberculose humaine, interdisent l'entrée de la Colonie aux personnes de race non-congolaise présentant des lésions de tuberculose ouverte, et exigent le départ du territoire des tuberculeux y résidant.

Elles astreignent les malades en attendant leur départ, comme au cours de leur voyage, à des précautions prophylactiques spéciales; elles prévoient l'isolement dans un hôpital en cas de non-observances de ces précautions.

Aux tuberculeux de race congolaise, elles imposent de prendre les mêmes mesures prophylactiques. Elles prescrivent aux médecins la recherche des tuberculeux, et leur doñnent le droit de procéder à des examens auxquels les personnes de toutes races doivent obligatoirement se soumettre.

Les personnes trouvées atteintes de lésions tuberculeuses ouvertes, sont obligées de suivre les précautions prévues pour empêcher de semer les bacilles autour d'eux et peuvent être hospitalisées dans un camp de ségrégation, sanatorium ou hôpital.

Les prescriptions concernant les tuberculeux non-congolais

furent mises immédiatement en vigueur; celles, visant les tuberculeux congolais furent appliquées progressivement. Leur application générale est une œuvre de longue haleine, et se heurte à des difficultés de divers ordres que l'insuffisance de personnel ne permettra de vaincre que successivement.

En août 1923, j'ai, dans le rapport présenté au Congrès de médecine tropicale de St-Paul de Loanda, résumé ce que nous connaissons de la répartition de la tuberculose humaine au Congo belge.

Depuis cette époque, les recherches pour le dépistage des tuberculeux ont été étendues, et des formations sanitaires destinées à l'hospitalisation des tuberculeux ont été organisées dans plusieurs centres de la colonie.

Dans le présent exposé, j'ai réuni les données nouvelles acquises sur la diffusion du bacille de Koch parmi les indigènes, et rendu compte des progrès réalisés dans l'organisation de la lutte prophylactique entreprise.

J'ai rassemblé, d'autre part, sur l'existence des tuberculoses animales dans la Colonie, des observations qui, quoiqu'elles ne concernent que des régions limitées du territoire m'ont paru intéressantes à rapporter.

### I. — Répartition de la Tuberculose humaine.

Rappelons brièvement la situation telle qu'elle était au début de 1923.

Les statistiques médicales, relevant les cas de tuberculose constatés parmi les indigènes de 1915 à 1922, montrent une augmentation progressive. De 100 en 1915, ils montent à 209 en 1922. Il s'agit avant tout de tuberculéux diagnostiqués autour des centres habités par des Européens.

Les cuti-réactions effectuées dans deux camps militaires, à Lokandu, dans la province orientale, et Irebu, province de l'Equateur, faites sur des soldats, des miliciens, leurs femmes et leurs enfants, donnent une moyenne de réactions nettement positives de 4,8 p. c. à Irebu et 9, 5 p. c. à Lokandu.

Elles démontrent qu'à l'intérieur des territoires, les indigènes subissent peu le contact du bacille de Koch.

Les mêmes épreuves pratiquées sur des écoliers de 5 à 15 ans, des centres européens de Boma et Léopoldville, donnent des résultats positifs qui oscillent entre 7,27 p. c. pour Léopoldville et 31,4 p. c. pour Boma.

Les chiffres concernant Léopoldville, montrent que depuis 1913, la diffusion du bacille tuberculeux s'est intensément accrue.

Quant aux formes cliniques, l'analyse de 129 cas autopsiés par les docteurs Mouchet et Fornara met en évidence l'acuité de l'évolution de la tuberculose chez l'indigène. La tuberculose miliaire est relevée dans plus du tiers des cas, en opposition avec les formes osseuses qui ne sont notées que dans la proportion de 4 p. c.

A Léopoldville et à Boma, les formes sclérosantes chroniques apparaissent témoignant de la résistance accrue des organismes ayant subi l'infection discrète du bacille.

Depuis 1923, le dépistage des malades s'est fait avec plus de soin, la diffusion de la tuberculose a fait l'objet de recherches nouvelles à Léopoldville, à Stanleyville et à Boma.

Le nombre de nouveaux cas de tuberculose reconnus chez les indigènes en 1925 monte à 425. Le tableau ci-dessous renseigne les différentes formes observées (1):

*Formes de tuberculoses relevées en 1925 (Province du Katanga exclue).*

Formes de tuberculose.	Province du Congo-Kasai.	Province de l'Equateur.	Province Orientale.	Totaux.
Pulmonaire . . . .	105	55	184	344
Osseuse . . . . .	27	»	13	40
Ganglionnaire . . . .	8	2	3	13
Viscérale . . . . .	8	»	12	20
Miliaire . . . . .	3	»	1	4
Méningite tuberculeuse.	2	»	»	2
Cutanée . . . . .	»	»	3	3
Laryngée . . . . .	»	1	»	1
Articulaire . . . . .	»	1	»	1
	153	59	216	428

(1) Extrait du rapport du médecin en chef, Dr. Trolli, pour 1925.

Ainsi que le dit le docteur Trolli, Médecin en Chef, Directeur du Service de l'Hygiène, dans son rapport général concernant 1925, le grand nombre de cas relatés est en relation avec un dépistage plus sévère qui a été organisé dans les grands centres et spécialement à Stanleyville et Léopoldville.

A Stanleyville, le docteur Van Hoof et ses collaborateurs, découvrirent deux importants foyers de tuberculose l'un à la prison (2) et l'autre dans un camp de la troupe.

Sur 268 détenus, soumis à la cutiréaction, 74 p. c. réagirent positivement.

Les auteurs relèvent encore, l'évolution aiguë de la maladie chez les tuberculeux ouverts; ce qui domine la symptomatologie, c'est le processus rapide des lésions destructives, en l'absence de défense fibreuse.

A Léopoldville, les docteurs Van den Branden, Fornara et Staub (3), ont repris l'étude de la diffusion du bacille de Koch. Dans l'importante agglomération d'indigènes qui s'est constituée autour de Léopoldville, la tuberculose humaine a acquis, disent-ils, un caractère grave et permanent. Du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> novembre 1925, il a été diagnostiqué 90 cas de tuberculose et il est décédé 53 tuberculeux, soit 21.2 décès pour 10,000 habitants, proportion qui dépasse les mortalités enregistrées dans les pays européens.

A point de vue clinique, les localisations pulmonaires sont plus fréquentes, elles constituent 71 p. c. des cas de tuberculose diagnostiqués. Les autres localisations sont par ordre de fréquence : les ganglionnaires 10 p. c., les abdominales 9 p. c., les osseuses 5 p. c., les méningées 5 p. c.

Les cutiréactions pratiquées chez 1,168 adultes, vivant dans l'agglomération, ont donné 59 p. c. de résultats positifs, celles faites chez 564 indigènes vivant dans trois petits villages en dehors de la ville ne sont positives que dans les proportions de 8,6 à 26 p. c.

(2) L. VAN HOOF, M. CLEVERS, F. DONADIO. Enquête sur la Tuberculose humaine à Stanleyville. *Annales de la Société belge de Médecine tropicale*, tome VI, fascicule 2.

(3) Rapport sur le fonctionnement du Lazaret des Tuberculeux de Léopoldville et sur l'infection tuberculeuse au Stanley-Pool. F. VANDENBRANDEN, FORNARA et STAUB. Ces *Annales*, 1926, p. 235.

Chez 565 écoliers de 2 à 18 ans, les cutiréactions positives augmentent avec l'âge; les enfants de 2 à 4 ans donnent 7,3 p.c. de réactions positives, les garçons de 15 à 18 ans, 46,7 p. c. de réactions positives.

Des essais de cutiréactions ont été pratiqués et observés avec soin chez les enfants indigènes fréquentant les écoles officielles dans les trois centres importants de Léopoldville, Stanleyville et Boma; le tableau ci-dessous compare les résultats obtenus :

Age des enfants.	Nombre d'écoliers examinés.			P. c. de cutiréactions positives.		
	Léopoldville.	Boma.	Stanleyville.	Léopoldville.	Boma.	Stanleyville.
2 à 4 ans . . .	41	»	»	7.3	} 26	} 33
5 à 7 . . .	29	»	»	13.7		
8 à 10 . . .	196	»	»	19		
10 à 14 . . .	177	»	»	31		
15 à 18 . . .	122	»	»	46.7	55	
Totaux . . .	565	381	407	»	»	33

L'on peut en conclure que dans ces centres, la diffusion du bacille tuberculeux sera dans peu de temps généralisée dans les mêmes proportions qu'il l'est dans les cités populeuses d'Europe.

Peu à peu aussi, sa diffusion s'étendra aux villages dont les indigènes fréquentent les marchés de ces agglomérations, quoique les conditions dans lesquelles y vivent les noirs soient peu favorables à sa progression.

Déjà, autour de Léopoldville, Van den Branden et ses collaborateurs ont relevé chez des enfants de 6 à 14 ans, appartenant à trois villages établis à quelques kilomètres de l'agglomération, des réactions positives qui atteignent jusque 26,5 p.c. maximum et 5,5 p. c. minimum.

Dans ces grandes agglomérations, il sera désormais bien difficile d'arrêter cette diffusion, et tout ce que l'on peut espérer c'est qu'elle ne soit pas trop rapide.

Les conditions hygiéniques trop souvent défectueuses dans lesquelles logent les indigènes dans les cités surpeuplées sont éminemment favorables à cette diffusion, et, exposent aux infec-

tions massives que traduisent chez le Noir adulte, les formes cliniques à évolution rapide. C'est sur ce point qu'insistent les médecins de Léopoldville qui ont étudié la question.

C'est par l'amélioration du logement des noirs et l'isolement systématique précoce des tuberculeux ouverts qui sont les principaux disséminateurs de bacilles, qu'on peut espérer ralentir la propagation rapide du mal et son extension progressive dans les territoires de l'intérieur.

L'isolement des tuberculeux indigènes se heurte d'ailleurs à de grosses difficultés. L'hospitalisation qui implique toujours la privation de la liberté répugne profondément au noir, dès qu'elle se prolonge, même lorsque le sujet est fortement miné par la maladie.

Cet isolement, corollaire de la déclaration obligatoire de la tuberculose humaine a depuis 1923 fait l'objet des efforts constants du service de l'hygiène. Son organisation n'a sans doute pas pu progresser partout, comme le méritait l'importance du problème, mais elle est entrée dans la voie de la réalisation.

Les hôpitaux provinciaux d'Elisabethville et de Coquilhatville, et la plupart des hôpitaux de districts sont pourvus de pavillons spéciaux pour tuberculeux. Dans certaines régions où le nombre de malades est devenu assez considérable, de petits lazarets ont été créés. Leur organisation a été différemment comprise et plus ou moins perfectionnée.

A Stanleyville, les tuberculeux ont été relégués dans une île du fleuve, d'accès assez difficile, condition qui a réalisé sans doute fort bien leur isolement, mais qui a nui à l'organisation du camp qui laissait à désirer en 1925 au moins; 28 malades y ont été admis en 1925.

Dans le territoire des Uélé où le docteur 'S Heeren et moi-même, avons pu relever des cas de tuberculose pulmonaire chez les indigènes vivant chez eux, un lazaret fut annexé à l'Hôpital de Buta (4).

Les malades établis dans un petit camp séparé de l'hôpital

(4) Ces foyers de tuberculose n'ont certainement pas une origine exclusivement européenne; le contact des Arabes et des trafiquants Belouchistan ont pu importer l'infection.

étaient bien logés et leur alimentation soignée. Jusqu'à la fin de 1925, ce lazaret a hospitalisé 38 malades dont 18 sont décédés et deux se sont évadés. Parmi, les 16 premiers hospitalisés tuberculeux reconnus malades dans leurs villages, figurent 6 indigènes.

C'est de loin dans la province du Congo-Kasai que le plus gros effort contre la bacillose de Koch a été réalisé.

A Banana fut organisé au bord de la mer un lazaret sous la surveillance du médecin du port, les malades recevant les soins des Religieuses dévouées qui desservent le sanatorium pour Européens fonctionnant dans la presqu'île.

Le lazaret reçut d'abord les tuberculeux osseux et les poitrinaires, ultérieurement ces derniers furent dirigés sur le camp pour tuberculeux que le docteur Van den Branden organisa à Léopoldville. A Banana jusqu'au début de 1926, 29 tuberculeux autres que pulmonaires avaient été hospitalisés.

Inauguré le 31 août 1923, le camp pour tuberculeux de Léopoldville fonctionne comme annexe au laboratoire : il comprend plusieurs constructions en briques et en bois érigées par l'Etat, en partie grâce à des subventions reçues d'organismes privés. Il a jusqu'à fin novembre 1925 admis pas moins de 126 tuberculeux dont 68 sont décédés. Les évasions sont, vu leur facilité, relativement peu nombreuses.

Au sujet de l'évolution clinique de la maladie chez les hospitalisés, Van den Branden fait remarquer que, parmi 33 malades résidents fin novembre 1925, 10 séjournèrent dans l'établissement depuis plus de neuf mois, et, qu'une tuberculeuse atteinte de lésions pulmonaires ouvertes y vivait depuis deux ans et demi. Les formes sclérosantes, indices de la défense effective de l'organisme contre le bacille, avaient été relevées aussi à Boma.

Fornara et moi-même, avons insisté sur leur signification (5).

(5) J. RODHAIN. Rapport sur la tuberculose humaine au Congo belge.

A. FORNARA. Sur les formes de l'infection tuberculeuse chez les indigènes à l'hôpital des Noirs à Boma. Comptes-rendus du premier congrès de médecine tropicale de l'Afrique Occidentale. Volume V. *Revista medica de Angola*, Lisbonne 1924.

Dans leur ensemble, les nouvelles statistiques établies depuis 1923, montrent, combien la lutte antituberculeuse entreprise était urgente.

La maladie a revêtu dans certaines grandes agglomérations indigènes qui se sont constituées près des centres européens, un caractère de réelle gravité; la diffusion du bacille de Koch y augmente avec régularité et rapidité.

Le développement commercial et industriel qui ne cesse de progresser, amène un brassage de populations de plus en plus intense et multiplie le contact des indigènes avec l'Européen. Les Noirs de toute origine de plus en plus nombreux, fréquentent pour des motifs d'ordre divers, les grands centres; soldats, travailleurs, commerçants, y sont en contact avec le bacille tuberculeux contre lequel ils n'ont, la plupart, pu acquérir aucune résistance. Un certain nombre succombe rapidement à l'infection, pour peu qu'elle soit massive, augmentant la mortalité dans des proportions qui atteignent et dépassent celles enregistrées dans les pays européens où la diffusion du bacille de Koch est générale depuis de longue date.

D'autres, en rentrant chez eux, transportent dans leur contrée d'origine le virus qui exercera ses ravages mortels dans le milieu familial.

La lutte antituberculeuse dans ces grands centres, a donc un intérêt d'une importance toute spéciale. L'amélioration des conditions de logement prévenant la promiscuité des logis trop étroits, une alimentation substantielle, le dépistage précoce et l'isolement des tuberculeux ouverts, semeurs actifs de bacilles, pourront contribuer à ralentir les progrès de la tuberculose.

Peut-être, la vaccination active par le bacille atténué de Calmette et Guérin pourrait-elle être efficacement appliquée aux Noirs adultes venant de contrées indemnes, dont l'organisme réagit vis-à-vis du virus tuberculeux d'une manière analogue à celui des jeunes enfants.

L'extension que celle-ci prendra dans les milieux indigènes vivant dans leur village sera intéressante à poursuivre. On peut prévoir d'après l'observation faite dans d'autres pays, qu'elle sera fortement influencée par les conditions de vie qui, pour des races diverses varient souvent grandement. Il faut



s'attendre également à ce que, au Congo belge comme dans les Colonies françaises (6), la qualité de l'habitation et la promiscuité qu'elle entraîne se montrera le facteur tuberculisant par excellence.

A ce sujet, il me faut remarquer que les études sur la diffusion du bacille de Koch par l'épreuve des tuberculino-réactions, appliquée aux indigènes vivant en dehors du contact permanent des Européens, n'ont pas été étendues telles que j'aurais voulu qu'elles le fussent. Elles offrent plus qu'un intérêt purement théorique. Elles permettraient de reconnaître la rapidité avec laquelle s'opère dans les *milieux indigènes ruraux*, la propagation du bacille tuberculeux et de mesurer en même temps son degré de nocivité.

Des données précises concernant l'intensité de la diffusion du bacille chez les indigènes de l'intérieur, manquent notamment pour les territoires des Uélé, comme elles font défaut également pour les régions du Ruanda et de l'Urundi, toutes contrées où la tuberculose humaine existe et semble introduite de longue date.

Il serait intéressant pour ces pays, de comparer le degré de diffusion du virus tuberculeux, avec la fréquence et l'évolution même des cas cliniques, ainsi que les conditions dans lesquels ceux-ci surviennent.

Les renseignements que fournissent les réactions à la tuberculine quand celles-ci sont pratiquées sur les miliciens-recrues dans les camps d'instruction, ne portant presque toujours que sur un petit nombre d'hommes d'une région donnée, n'ont qu'une valeur relative. Sous ce rapport aussi, l'importante statistique que nous reproduisons ci-dessous et qui a été établie par le docteur Colombo à Kinshassa aurait une portée beaucoup plus grande, si elle avait concerné des indigènes vivant dans leur milieu naturel.

Le docteur Colombo, médecin hygiéniste, attaché à l'Office du Travail à Kinshassa, a pratiqué systématiquement la cuti-réaction chez les travailleurs-recrues qui affluaient au camp de préparation organisé pour eux à Kinshassa. Il a fait des essais

(6) La tuberculose chez les indigènes dans les colonies françaises, par M. KÉRADEL. Congrès de la santé publique et de la prévoyance sociale. Marseille 1922. Rapports présentés au Congrès.

comparatifs chez des travailleurs anciens qui avaient en moyenne au moins dix-huit mois de service dans une exploitation européenne :

Catégories d'indigènes soumis à la cutiréaction.	Nombre d'indigènes soumis à la cutiréaction.	Pourcent de réactions positives.	Cas de tuberculose constatés au moment ou furent pratiquées.	Observations.
Recrues . . .	7,453	44	»	Hommes adultes, la plupart originaires des districts de l'Ubangi, des Bangalas et de l'Ituri.
Anciens travailleurs.	3,528	32	2	Hommes ayant minimum 18 mois de service.
Soldats . . .	219	27	»	»
Prisonniers. .	350	45	5	»
Femmes de travailleurs.	563	22	2	»
Enfants de travailleurs.	326	9	»	Enfants de 5 à 10 ans.

Telle quelle, cette statistique montre que la diffusion du bacille de Koch est peu étendue chez les recrues dont le plus grand nombre ont peu ou pas fréquenté les centres européens. Elle fait ressortir d'autre part, combien ces derniers centres tuberculisent puisque après dix-huit mois de leur contact le nombre de réactions positives est triplé.

## II. — Tuberculosés animaux. — Tuberculose chez les Bovidés.

Les seuls territoires du Congo belge où les indigènes élèvent du gros bétail en quantité, sont, les régions d'altitude du Kivu et les plateaux herbeux qui s'étendent autour d'Aru.

La tuberculose y semble inconnue. C'est du moins ce qu'affirmaient encore récemment le médecin-vétérinaire Chiwy qui a séjourné dans ces contrées.

Dans les territoires sous mandat du Ruanda et de l'Urundi, où la tuberculose humaine est connue depuis longtemps, le

même praticien a constaté fin août, un cas d'infection bovine à Kigali. La maladie semble rare, les indigènes la connaissent et par analogie avec la tuberculose humaine l'appellent « Kitemdu » (7).

Dans ces régions comme au Kivu d'ailleurs, le bétail est rentré le soir dans les cases des indigènes où il passe la nuit. Il serait intéressant de déterminer chez l'homme comme chez le bétail, la nature exacte du bacille acido-résistant, qui y détermine les infections tuberculeuses.

Depuis l'occupation européenne, du gros bétail a été introduit en diverses régions du Congo belge. Les élevages du Katanga, du Lomami et du Kasai qui sont les plus importants ont une existence récente. Les troupeaux qui s'y développent sont constitués en majeure partie par des animaux introduits de la Rhodésie; au Kasai pourtant, l'élément indigène originaire de l'Angola domine.

Je ne possède aucun renseignement quant à la fréquence de la tuberculose parmi ces troupeaux, la maladie doit, si elle existe, être d'une grande rareté.

Parmi le bétail élevé dans le Bas- et le Moyen-Congo, les cas d'infection tuberculeuse sont loin d'être rares du moins dans certains troupeaux. La maladie paraît bien avoir une origine européenne. La tuberculose chez le bétail indigène importé de la Colonie portugaise de l'Angola continue à être très rare.

Ainsi, que je le signalais au Congrès de St-Paul de Loanda, de 1907 jusque 1909, le docteur Broden et moi, avons fait régulièrement l'examen des viscères des animaux abattus à la boucherie de Léopoldville. Les bovidés venaient en partie de l'Angola, en partie de Matéba. Nous n'avons observé, parmi eux, aucun cas de tuberculose.

Cette rareté de la maladie se maintient encore actuellement. M. Geelen chargé de l'inspection de la viande des animaux de boucherie à Léopoldville-Kinshassa m'a communiqué que du 1<sup>er</sup> avril 1921 au 20 avril 1923 et du 1<sup>er</sup> janvier 1926 au 15 octobre 1926 sur 3,200 bovidés abattus, il n'a relevé aucun cas de tuberculose.

(7) Renseignement extrait d'une lettre du médecin-vétérinaire Chiwy au Gouverneur du Ruanda-Urundi.

Le plus grand nombre de ces animaux provenaient de l'Angola; 400 d'entre eux appartenaient au cheptel que les Pères Jésuites de Kisantu ont établi dans la vallée de l'Inkissi.

En l'absence de M. Geelen, le docteur Van Hoof constata parmi le bétail abattu à Kinshassa, deux cas de tuberculose; les animaux provenaient de l'Île de Bamu dont les troupeaux sont formés en partie de bêtes venues de l'Île de Matéba.

Le Dr R. Guillet avait d'ailleurs, en 1923, relevé à Brazzaville, quatre cas de tuberculose parmi les Bovidés de l'Île de Bamu (8). Ces infections sont en relation avec l'important foyer de tuberculose qui s'est constitué dans le centre d'élevage de l'Île de Matéba. La maladie y fut introduite par des animaux infectés provenant du poste d'élevage de l'État, établi à Zambé sur la rive droite du fleuve, en aval de Boma. La tuberculose fut amenée à Zambé par des bêtes directement importées d'Europe.

À Matéba, la maladie a dû prendre une extension considérable. Nous trouvons, à ce sujet, des indications intéressantes dans le rapport annuel établi pour 1917 par le médecin-vétérinaire Baugniet chargé de l'inspection des viandes de boucherie à Boma. Durant cette année, le nombre d'animaux domestiques abattus à Boma pour la consommation publique s'est élevé à 1,089 dont 469 bovidés, 50 porcs, 58 moutons, 4 chèvres et 8 équidés. Tous les bovidés appartiennent à la Compagnie des Produits et proviennent de Zambé ou de Matéba.

Douze furent trouvés atteints de tuberculose généralisée et 83 poumons saisis pour lésions bacillaires.

En 1920, sur 511 bovins abattus, 7 sont atteints de tuberculose généralisée et 135 poumons montrent des lésions spécifiques. On peut évaluer au minimum à 15 p. c., la proportion des bêtes portant des manifestations étendues de tuberculose. En 1921, cette proportion atteignit 20 p. c. au grand minimum (159 bovidés abattus dont 6 avec tuberculose généralisée, parmi les autres 51 poumons tuberculeux saisis).

(8) Dr. René GUILLET. Comptes rendus du premier congrès de médecine tropicale de l'Afrique Occidentale. St-Paul de Loanda, Lisbonne 1924.

Sur l'ensemble des 1,039 bovidés abattus en trois ans, 25 présentaient de la tuberculose généralisée et 269 poumons montraient des manifestations spécifiques.

La proportion extrême minima des animaux portant des lésions tuberculeuses étendues est de 11 p. c. Ce chiffre est impressionnant parce qu'il s'agit de bovidés qui ne sont pas stabilisés.

Parmi les bovidés de la Firme Valle, qui s'occupe également d'élevage de gros bétail dans le Bas-Congo, les infections tuberculeuses sont restées beaucoup moins nombreuses. En 1920 et 1921, sur 547 bêtes abattues à Boma, et appartenant à la Firme Valle, il ne fut relevé que huit poumons tuberculeux.

Il faut dire que les bovidés tués à l'abattoir venaient en majeure partie directement de l'Angola, un petit nombre appartenant au troupeau d'élevage qui pâture sur la rive portugaise.

La tuberculose qui reste très discrète dans ce troupeau y est probablement aussi d'origine européenne. Des vaches bretonnes et hollandaises ont été temporairement mélangées aux bovidés indigènes originaires de l'Angola. Parmi ces bovidés de race, Baugniet et moi-même, avons relevé des cas de tuberculose.

SCLAT

### III. — *Tuberculose naturelle chez Tragelaphus Spekei Sclat.*

Fin 1920, le médecin-vétérinaire Tobback, directeur des élevages de Mateba, m'adressa pour examen la moitié d'un poumon provenant d'une antilope tuée à la chasse dans l'île de Mateba même.

Il m'écrivit à cette occasion : « Tous les organes de l'animal » paraissent sains, sauf les poumons et les ganglions bronchiques, farcis de cavernes distendues par du pus de bonne nature. La plèvre est intacte. A première vue, les lésions ne paraissent pas relever de la tuberculose ».

La partie des poumons que j'examinaï, était envahie entièrement par des masses de tubercules confondus en gros nodules confluent, du volume d'une noix. La plupart avaient une consistance ferme et un aspect jaune-blanchâtre. Quelques-uns, montraient un début de ramollissement en leur centre. L'or-

gane était considérablement hypertrophié. L'ensemble des lésions rappelait quelque peu la forme sarcomateuse de la tuberculose du cheval.

L'examen d'un frottis fait au moyen du produit de raclage d'un nodule non ramolli, montra de nombreux bacilles acido-résistants.

Ultérieurement, je pus identifier l'antilope, il s'agissait d'une *Tragelaphus Spekei*. L'antilope harnachée géante, qui est la seule espèce qui se rencontre encore sur l'Île de Matéba, où elle se réfugie dans les marais à papyrus. L'animal a pu s'infecter en broutant l'herbe souillée par les excréments des bovidés ou des porcs malades, ces derniers aimant à fréquenter les parties marécageuses de l'Île.

Quoi qu'il en soit de l'origine exacte de la source de contamination, l'observation prouve que lorsque les conditions d'infection sont favorables, les antilopes peuvent prendre la tuberculose spontanément lorsqu'elles vivent à l'état sauvage.

L'infection des troupeaux de Matéba constitue un nouvel exemple de la diffusion de la tuberculose par l'introduction d'animaux provenant de régions contaminées, en vue d'améliorer par des croisements des races indigènes restées indemnes de l'infection.

L'extension qu'a prise à un moment donné la tuberculose parmi le bétail non stabilisé de la station de Zambé et sur l'Île de Matéba, montre que le bacille tuberculeux bovin peut diffuser activement même chez le bétail vivant à l'air libre.

La grande rareté de la tuberculose parmi le bétail indigène du centre africain ne repose pas sur une immunité particulière des animaux parmi lesquels le bacille de Koch peut se propager, alors même que les conditions pour son extension ne paraissent pas favorables. Il ne s'agit ici que d'une diffusion restée localisée, mais l'exemple de la contamination étendue des troupeaux de l'Argentine et de ceux de Madagascar, montre quelles conséquences peuvent entraîner des essais d'amélioration de races, non conduits avec toute la prudence qu'exigent nos connaissances actuelles des infections tuberculeuses.

### *Tuberculose porcine.*

A Zambi, comme à Matéba, l'infection tuberculeuse s'étendit aux porcs vivant à côté du gros bétail.

En 1921, parmi 16 porcs abattus pour la consommation à Boma et provenant des élevages de Matéba et Zambi, quatre montraient de la tuberculose généralisée. En 1925 encore, les cas de lésions tuberculeuses chez les porcins de l'île de Mateba n'étaient pas très rares.

Les indigènes du Bas- et du Moyen-Congo font l'élevage du cochon; ceux-ci, continuent à rester indemnes de la bacillose de Koch. Sur plus de 2,500 porcs indigènes présentés en vente au marché de Kinshaša en 1921-22 et en 1926, aucun ne présentait de lésions tuberculeuses.

A ma connaissance, la tuberculose n'a pas non plus été signalée chez les porcs, que les indigènes du Mayumbe et de la région des Cataractes-Nord élèvent en grand nombre. Les cochons qui fréquentent avec assiduité les villages, sont des coprophages très actifs. Comme il existe des cas discrets de phthisie humaine chez les noirs de ces régions, les porcs sont exposés à s'infecter.

### *Conclusions.*

#### 1° Tuberculose humaine :

Si d'une manière générale, les cas de tuberculose humaine continuent à rester peu fréquents chez les indigènes congolais qui vivent à l'intérieur, les nouvelles recherches sur la diffusion de bacille de Koch, faites en exécution des mesures prophylactiques ordonnées par le Gouvernement ont montré que la maladie s'est établie d'une manière permanente dans les grandes agglomérations constituées autour des centres européens importants.

Le brassage continu de populations indigènes qui fréquentent ces grands centres, est éminemment propice à la propagation des infections tuberculeuses.

Le dépistage précoce des porteurs de lésions ouvertes, se-meurs les plus dangereux de bacilles, et leur isolement se poursuit actuellement d'une façon active. Ces mesures ne produiront leur maximum d'effet, que si elles sont appuyées par

P'amélioration des conditions de logement des Noirs, conditions qui dans les grands centres sont trop souvent défectueuses.

La vaccination active par le bacille atténué de Calmette et Guérin trouvera peut-être un vaste champ d'application dans ces centres, qui constituent pour la diffusion du microbe tuberculeux un danger dont l'importance ressort du caractère grave même que la maladie a rapidement pris dans certaines de ces agglomérations.

2° La tuberculose si elle existe, parmi le gros bétail indigène du Kivu doit être très rare ainsi que c'est le cas pour le cheptel du Ruanda.

La bacillose de Koch est de même extrêmement rare parmi les bovidés introduits de l'Angola dans le Bas- et le Moyen-Congo pour servir à l'alimentation.

Un foyer important d'infection tuberculeuse, d'introduction européenne s'est constitué dans le Bas-Congo parmi les troupeaux d'élevage qui pâturent dans l'île de Mateba et sur les rives voisines du fleuve.

La tuberculose a diffusé chez les pores et contaminé dans l'île de Matéba, une antilope de l'espèce *Tragelaphus Spekei*. Sel.

L'observation du Bas-Congo qui répète, ce qui s'est passé à Madagascar, montre avec quelle prudence il convient de procéder au choix des animaux provenant de régions contaminées par la tuberculose bovine, et qu'on destine aux croisements dans un but d'améliorer des races qui n'ont pas subi le contact du bacille tuberculeux.

---