

Extrait des *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*.
Tome XXXI — N° 5 — 1951.
(Pages 541-546.)

Guérison de trois cas de Peste humaine dans la région d'endémie pesteuse du Lac Albert,

PAR

A. FAIN, M. SCHOETTER et R. AMPE.

(Reçu pour publication le 30 août 1951.)

Les observations que nous rapportons ici constituent les premiers cas de Peste humaine guéris dans le foyer de Peste du Lac Albert (Blukwa).

Rappelons que ce foyer est d'origine relativement récente. C'est en 1928 que le Dr Winderickx observa les premiers cas d'une affection rappelant cliniquement la Peste. L'année suivante une Mission médicale dirigée par le Dr Schwetz confirma ces constatations et mit en évidence le bacille de Yersin d'abord sur des cadavres, ensuite chez des malades atteints de Peste.

Depuis cette date un certain nombre de cas de Peste humaine sont diagnostiqués chaque année dans la région de Blukwa. Ces cas ne revêtent que très rarement une allure épidémique franche, habituellement la Peste se présente sous la forme de petites épidémies de case ou même de cas isolés.

Les formes cliniques rencontrées dans ces régions de hauts plateaux sont du type septicémique ou pulmonaire, elles évoluent rapidement et se terminent toujours par la mort. La Peste bubonique vraie, caractérisée par une évolution plus lente, moins régulièrement fatale et par la présence de bubons présentant une forte tendance à la suppuration, n'a jamais été diagnostiquée dans la région de Blukwa.

Cette évolution extrêmement rapide de la maladie ne permet guère aux malades, dans la plupart des cas, de recourir au médecin pour recevoir le traitement approprié. Presque toujours

le malade meurt dans son village et le diagnostic de Peste ne sera posé qu'après la mort, par ponction du cadavre et isolement de l'agent causal. C'est pour cette raison, à laquelle s'ajoute la faible morbidité de la Peste dans la zone de Blukwa, que nous n'avons que rarement l'occasion d'examiner et de traiter des cas de Peste humaine (*).

Dès qu'un cas de Peste est reconnu bactériologiquement on procède à la vaccination préventive des villages menacés. Le vaccin que nous utilisons est préparé au moyen de la souche avirulente E. V. de Girard. Au cours de ces séances de vaccination tous les indigènes ayant été en contact avec les malades sont examinés et éventuellement gardés en observation à l'hôpital. C'est parmi ces « contacts » que nous avons découvert deux des trois cas de Peste dont nous rapportons ci-dessous l'histoire clinique.

Observation I. — PNEUMONIE PESTEUSE PRIMITIVE.

Le 16 mai 1951, deux cas de Peste sont découverts dans le village de Langbe. Il s'agit d'une femme et de son enfant morts tous deux de Peste confirmée bactériologiquement. Parmi les « contacts » mis en observation à Blukwa se trouve une femme âgée de 33 ans, qui présente le 22 au matin une température de 39°. A part cette fièvre, on ne décèle aucun autre symptôme clinique, il n'y a pas trace de bubon et l'examen du sang pour malaria est négatif. Une hémoculture est pratiquée mais elle restera négative. On prescrit une cure de sulfadiazine à la dose de 2 grammes toutes les 4 heures. Le lendemain matin, la température atteint 39°5, la malade accuse un point de côté et de la toux accompagnée d'expectoration. Dans les crachats colorés au Gram, nous trouvons un grand nombre de coccobacilles Gram-négatifs en forme de navette. Une petite quantité de ces crachats est frottée sur l'œil d'un cobaye qui meurt cinq jours plus tard de septicémie pesteuse et le bacille de la Peste est isolé en culture pure dans le sang du cœur. L'isolement direct du germe à partir des crachats est également pratiqué avec succès.

Nous n'avions pas attendu le résultat de l'inoculation au cobaye pour mettre la malade en traitement à la streptomycine (**). Celle-ci fut administrée dès la constatation des symptômes pulmonaires, c'est-à-dire le 23 mai, à la dose de 1 gr toutes les 4 heures. A partir de ce moment, la malade reçoit donc

(*) Pour ce qui concerne l'épidémiologie de la Peste dans le foyer du Lac Albert, nous renvoyons le lecteur aux travaux de Vincke et Devignat (1937) et de Devignat (1946).

(**) Il s'agit en réalité de Dihydrostreptomycine.

toutes les 4 heures 1 gr de streptomycine intramusculaire et 2 gr de sulfadiazine per os. Le même soir la température est descendue à 38° et le lendemain matin elle est retombée à la normale. A partir de ce moment, les doses de médicaments sont portées à 3 gr de streptomycine et 6 gr de sulfadiazine par jour. La température reste normale pendant les jours qui suivent et la médication est arrêtée le 27. La malade quitte l'hôpital environ une semaine après la fin de la cure.

Observation II. — SEPTICÉMIE PESTEUSE.

Au cours d'une petite épidémie de case, nous diagnostiquons par ponction de cadavres 4 cas de Peste humaine dans le village de Loe.

Pendant la séance de vaccination, le 26 juin, nous trouvons parmi les « contacts » une jeune femme âgée de 15 ans environ, qui présente une température de 40°. Aucun symptôme décelable ni trace de bubon. L'hémoculture pratiquée le même jour sera positive pour *P. pestis*. Nous administrons le même traitement qu'à la malade précédente : 1 gr de streptomycine et 2 gr de sulfadiazine toutes les 4 heures. Ce traitement est commencé le 26 au soir, la température étant encore à ce moment à 40°. Pendant les journées des 27 et 28 juin la fièvre descend progressivement en lyse et le 29 au matin la température est redevenue normale. A partir de ce moment elle restera d'ailleurs normale et la malade quittera l'hôpital une semaine plus tard.

Pendant toute la durée de la fièvre, la malade a reçu la pleine dose de streptomycine (6 gr par jour) et de sulfadiazine (12 gr par jour). La moitié de cette dose est encore donnée pendant 2 jours après la chute de la fièvre.

Observation III. — MÉNINGITE PESTEUSE.

Un enfant indigène âgé de 7 ans, originaire du village de Lenju, est présenté le 9 juin au dispensaire de la Mission de Logo, pour un syndrome fébrile caractérisé par une fièvre à 41°, de violentes céphalées et une toux légère. La conscience est intacte bien qu'on note une légère prostration. L'examen du sang en goutte épaisse montre de nombreux schizontes de malaria. Le malade est mis en traitement à la quinine à raison de 0,75 gr par jour. Pendant les 2 jours qui suivent, la température restera au voisinage de 39° et le 11 juin on décide d'administrer, en plus de la quinine, une dose quotidienne de 3 gr de sulfathiazol. Cette thérapeutique ne semble pas influencer le cours de la maladie, car le 13 juin la fièvre atteint 38°5. On continue néanmoins le même traitement, mais on ajoute une dose de 200.000 U. par jour de pénicilline retard. A partir de ce moment, la température descend graduellement en lyse pour redevenir normale le 17 au matin. On supprime alors la pénicilline et le sulfathiazol mais on continue à donner de la quinine à la dose de 0,50 gr par jour. Le 18 au soir la température remonte brusquement à 39°5 et pendant les jours qui suivent elle se maintient en plateau aux environs de 39°. Le 21 on constate de la raideur de la nuque. La ponction lombaire ramène un liquide légèrement trouble mais qui, au Gram, ne semble pas

contenir de germes. La culture sur gélose au sang permet cependant d'isoler en culture pure un coccobacille dont les propriétés biochimiques se révèlent être identiques à celles de *P. pestis*. Les épreuves de virulence effectuées sur cobaye confirment d'ailleurs cette identité.

La réponse du laboratoire ne sera connue que quelques jours plus tard. entretiens croyant être en présence d'une méningite cérébro-spinale on décide de donner de la pénicilline intrarachidienne (60.000 U. par jour). Cette médication n'influence ni la fièvre ni les symptômes méningés et, comme le 24 juin il n'y a aucune amélioration, on abandonne la pénicilline et on tente un essai à la streptomycine dont on donne 0,50 gr par jour intramusculairement. La réponse à ce nouveau traitement ne se fait pas attendre, la température descend régulièrement en lyse et, le 26 au matin, elle est redevenue définitivement normale.

Discussion.

Des 3 cas de Peste relatés ici, 2 furent diagnostiqués précocement (Pneumonie pesteuse primitive et Septicémie pesteuse) et traités au laboratoire de Blukwa par la streptomycine-sulfadiazine avec un résultat véritablement spectaculaire.

Dans la *Pneumonie pesteuse* la réponse au traitement fut très rapide, le même soir la température était descendue d'un degré et le lendemain elle était revenue à la normale. Dans la *Septicémie pesteuse* la fièvre mit deux jours pour descendre à la normale mais la réponse au traitement fut également presque immédiate.

Nous sommes persuadés que ces résultats remarquables sont dus aux fortes doses initiales de médicaments utilisés : 6 grammes de streptomycine et 12 grammes de sulfadiazine par jour. Ces hautes doses furent d'ailleurs très bien supportées par les malades. Il est intéressant de noter que malgré cette cure d'assaut énergique la dose totale de médicaments administrés a été relativement peu élevée. La disparition des symptômes cliniques a été obtenue dans la *Pneumonie pesteuse* avec 6 gr de streptomycine et 24 gr de sulfadiazine et dans la *Septicémie pesteuse* avec 18 gr de streptomycine et 30 gr de sulfadiazine. La dose totale de médicaments utilisés dans ces deux cas a été de 15 gr de streptomycine et de 42 gr de sulfadiazine dans la *Pneumonie* et de 21 gr de streptomycine et 42 gr de sulfadiazine dans la *Septicémie*.

L'action de la médication dans la *Méningite pesteuse* est plus difficile à apprécier. Ce cas était en effet intriqué de malaria

et il avait été traité au moyen de fortes doses de quinine et de pénicilline avant que le diagnostic de Peste ne fut reconnu.

Il semble également très difficile de situer avec quelque précision le moment d'infestation chez ce malade, qui est resté un cas isolé. Il est néanmoins probable que ce malade était déjà en incubation de Peste au moment où il s'est présenté à l'hôpital et alors il faut bien reconnaître que les 18 grammes de sulfathiazol (pour un enfant de 7 ans) donnés au début de la maladie n'ont pas empêché l'apparition des signes cliniques de la Méningite pesteuse. Par contre des doses faibles de streptomycine (0,50 gr par jour) ont eu raison de la maladie en moins de 3 jours.

Résumé. — Trois cas de Peste humaine confirmés bactériologiquement et représentant des formes cliniques différentes (Pneumonie pesteuse primitive, Septicémie pesteuse et Méningite pesteuse) ont été guéris pour la première fois dans le foyer de Peste du Lac Albert (Congo Belge).

— La Pneumonie et la Septicémie pesteuses furent guéries en un temps extraordinairement court par la streptomycine (6 gr par jour) associée à la sulfadiazine (12 gr par jour).

L'évolution de la Méningite pesteuse fut intriquée de malaria et le diagnostic ne fut posé que tardivement après qu'un traitement d'essai au sulfathiazol fut resté sans résultat. La streptomycine à faible dose eut un effet rapide et définitif.

— Les hautes doses initiales de streptomycine et de sulfadiazine utilisées ont été très bien supportées, elles sont à notre avis à l'origine du succès thérapeutique enregistré dans les deux cas de Pneumonie et de Septicémie pesteuses.

Laboratoire antipesteux de Blukwa.

Discussion. — R. DEVIGNAT. — Je sais que plusieurs cas de peste ont pu également être traités avec succès à Lubero.

Samenvatting. — Drie gevallen van menselijke pest, bacteriologisch vastgesteld en verschillende klinische vormen vertonend (primitieve pesteuze pneumonie, pesteuze septicemie, en pesteuze

meningitis) werden voor de eerste maal behandeld en genezen in de pesthaard van de Albert-Meer (Belgisch Congo).

— De pesteuze pneumonie en septicemie werden spoedig genezen door Streptomycine (6 gr per dag). Terzelfdertijd werd Sulfadiazine toegediend (12 gr per dag). Het verloop van de meningitis werd verward met malaria en de diagnose kon alleen vastgesteld worden nadat een proefbehandeling met Sulfathiazol zonder uitslag bleef. De toereiking van kleine dosissen Streptomycine gaf een vlug en definitief heling.

— De hoge aanvankelijke dosissen Streptomycine en Sulfadiazine werden goed verdragen. Naar schrijvers' mening waren ze beslissend voor het therapeutisch succes in de twee gevallen van pesteuze pneumonie en septicemie.

BIBLIOGRAPHIE.

1. Schwetz J., Fornara L., et Collart A. *Ann. Soc. Belge Méd. Trop.*, 1929, T. IX, p. 219.
 2. Lewillon R., Devignat R., et Schoetter M. *Ibid.*, 1940, T. 20, n° 1.
 3. Devignat R. *Ibid.*, 1946, T. 26, n° 1-2.
 4. Vincke I. et Devignat R. *Ibid.*, 1937, T. 17, p. 87.
-