

## La Léthalité de la Fièvre Typhoïde

La comparaison de la léthalité de la fièvre typhoïde d'un pays à l'autre révèle des différences profondes. En Europe, par exemple, ce taux de léthalité, c'est-à-dire le nombre de décès enregistrés par 100 cas déclarés de la maladie, oscilait de 2.8 en Lithuanie à 25.4 en Suisse. Il est évident que l'on ne peut attribuer des différences de cet ordre à des variations dans le pouvoir pathogène du bacille typhique dans ces deux pays, et que l'efficacité du système d'enregistrement des décès, d'une part, des cas, de l'autre, joue un rôle prédominant dans ces différences apparentes. On sait, par exemple, l'excellence du service d'enregistrement des causes de décès en Suisse où les exigences du secret médical et celles de la statistique sanitaire sont également satisfaites; il est évident qu'en Suisse, une déclaration moins parfaite des cas provoquerait une élévation toute artificielle du taux de léthalité. De même, dans certains pays de l'est de l'Europe où les cas de maladies contagieuses sont signalés aux médecins de districts avec ponctualité, mais où, par contre, les décès et leur cause ne sont enregistrés que par les autorités paroissiales, le phénomène inverse doit se produire. La comparaison internationale est en outre viciée du fait que, dans la plupart des pays, la statistique ne différencie point les cas de paratyphoïdes de ceux de typhoïde proprement dits. Ce n'est heureusement pas le cas de l'Allemagne, dont les statistiques portent séparément sur la typhoïde et les paratyphoïdes. La fréquence des deux infections est du reste à peu près la même. En 1929, elle était de 10.2 pour 100,000 pour la typhoïde et de 9.0 pour les paratyphoïdes; en 1930, de 7.4 pour la typhoïde, et de 7.0 pour les paratyphoïdes. La léthalité de deux affections était par contre fort différente; de 9.16 pour-cent en 1929 pour la typhoïde, elle ne dépassait pas 3.01 pour-cent pour les paratyphoïdes, les chiffres correspondants pour 1930 étant respectivement de 9.63 et de 2.82. Si donc les paratyphoïdes ont généralement une gravité moindre que la fièvre typhoïde, on doit s'attendre à un abaissement du taux global de léthalité lorsque augmente la fréquence des infections paratyphoïdiques. L'influence sur les taux des cas de paratyphoïdes est certaine; ainsi, en Angleterre et au pays de Galles, lorsqu'en 1911 pour la première fois, on sépara les décès dus aux paratyphoïdes de ceux causés par la typhoïde, les premiers, au nombre de 6, ne représentaient que 0.25 pour-cent des décès par maladies typhiques. En 1928, ce pourcentage était monté à 23; il était de 14 en 1929. Au cours des mêmes années, la léthalité des états typhiques en Angleterre variait de 17.4 pour-cent en 1911, à 12.4 en 1928 et à 13.3 pour-cent en 1929. La proportion des cas de paratyphoïdes est encore plus forte que celle des décès. A Londres, en 1929, 94 cas déclarés sur 355 (26.5 pour-cent) concernaient des paratyphoïdes. En 1928, cette proportion s'élevait même à 50.6 pour-cent (301 cas sur 595). Au Danemark, en 1925, la léthalité des états typhiques sans distinction était de 13.7; l'année suivante de 15.3. L'élimination des paratyphoïdes pour le calcul de cette léthalité en faisait monter le taux, ces mêmes années, à 19 et 21.7. En Palestine, où la léthalité typhique paraît basse, elle a été en moyenne, de 1925 à 1928, de 8.8 pour-cent, alors que celle des paratyphoïdes ne dépassait pas 4.3 pour-cent.

Il est assez difficile de se rendre compte de la fréquence relative dans un pays des états typhiques et paratyphiques. Les meilleures indications à cet égard sont bien les résultats des épreuves de Widal, fournis par de grands laboratoires centraux. Ces données sont cependant jusqu'à un certain point entachées d'erreur, puisque la moindre gravité des paratyphoïdes fera que bon nombre de cas ambulatoires ou légers de paratyphoïdes ne donneront pas lieu à un examen de sang. De même, il serait imprudent de se baser exclusivement pour juger soit de la fréquence des paratyphoïdes, soit de leur gravité, sur les statistiques hospitalières, puisque se seront surtout les cas de paratyphoïdes graves qui seront hospitalisés.

Avec ces réserves, les statistiques sérologiques ou hospitalières constituent des indications précieuses et en particulier sur la fréquence relative des cas de paratyphoïdes A et B. Cette fréquence a une portée pratique, puisque d'elle doit dépendre dans une certaine mesure la composition des vaccins mixtes à utiliser dans un pays donné. Il est évident, par exemple, que, si l'on décidait d'appliquer la vaccination dans certains groupes de la population de Barcelone, il y aurait lieu de tenir compte du pourcentage de micro-organismes des diverses espèces, alors que recherches sérologiques faites à l'hôpital Santa-Cruz, de 1915 à 1928 (Moragas et Gracia) montrent que sur 582 réactions de Widal positives, 545 l'étaient pour le *B. typhosus*, 36 pour le paratyphique B (6 pour-cent) et 2 seulement pour le paratyphique A (0.34 pour-cent).

La léthalité typhique, qui, nous l'avons vu, varie sensiblement d'un pays à un autre, varie plus encore, et cela plus réellement, suivant l'âge des malades et, dans une moindre mesure, suivant leur sexe. En Angleterre et au Pays de Galles, les maladies typhiques sont surtout graves chez les jeunes adultes. Le calcul du pourcentage d'après l'âge, montre bien que la gravité de l'affection augmente avec l'âge, alors qu'un examen superficiel du chiffre des décès, décès plus nombreux chez les jeunes adultes que chez les personnes plus âgées, donnerait faussement l'impression que la mortalité est plus forte chez les premiers. C'est en effet chez les jeunes que la mortalité est la plus élevée. Le phénomène est très général; on l'observe non seulement au Massachusetts, mais, par exemple en Sibérie. Au cours des fortes épidémies de typhoïdes à Novo Sibirsk de 1927-28 (Itzkovitch), les deux tiers des décès se sont produits chez des sujets de 15 à 29 ans et la léthalité maximum a été chez ceux de 15 à 19 ans. Dans l'ensemble de la Sibérie (Poulkis), de 1921 à 1928, la majorité des cas se sont produits chez des enfants ou adolescents, 52 pour-cent chez des sujets de moins de 19 ans dans les villes, et de 65 à 70 pour-cent dans les campagnes. Or, les recensements indiquent que seulement 44 pour-cent de la population dans les villes et 53 pour-cent dans les campagnes sont d'un âge inférieur à 19 ans. Aux Philippines, des 3,255 personnes atteintes de typhoïde et traitées au "Philippines General Hospital" de janvier 1911 à octobre 1927, 2,547, soit 78.3 pour-cent, étaient âgées de 11 à 30 ans. La léthalité maximum a été observée de 16 à 20 ans (Lantin et Ignacio). Il n'est pas douteux que l'hospitalisation joue un rôle favorable dans l'évolution des maladies typhiques, surtout dans les pays où les conditions du logement sont défavorables. En Sibérie, par exemple, la léthalité moyenne en 1926 n'était que de 9.2 pour-cent chez les hospitalisés, contre 15 pour-cent dans l'ensemble du pays. (*Société des Nations, Rapp. Epidem.*, 12 (15 jan.) 1931.)

#### Le Diagnostic de la Tuberculose

La crise pratique du diagnostic phthisiologique existe, c'est un fait; elle est imputable aux hommes plutôt qu'aux méthodes, au praticien qui ne pense pas assez à la tuberculose et au spécialiste qui y pense trop, au radiographe qui n'est pas forcément un habile photographe, au bactériologiste qui ne considère que l'équation: analyse de crachats recherche du B. K.: elle tient à l'oubli des règles élémentaires de l'examen tout court. Au dessus de la crise pratique il y a une crise théorique grave, due à la carence de la radiologie dans les formes initiales et de la bacilloscopie dans les formes fermées, qui coïncident fréquemment avec les premières. En présence de leurs réponses négatives, que reste-t-il, au spécialiste aussi bien qu'au praticien, pour faire le diagnostic? Uniquement des signes cliniques, c'est-à-dire des signes de probabilité variable et inégale, toujours insuffisants pour conclure. Les seuls qui comptent vraiment sont l'hémoptysie, la pleurésie et les râles et sans doute auraient-ils une valeur considérable s'ils ne correspondaient à une tuberculose déjà avancée plutôt qu'à une tuberculose