

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

initiale et s'il n'y avait de grandes chances pour que la radioscopie et la bacilloscopie soient positives, ce qui est en contradiction avec les données du problème. Les autres signes, correspondant au début de la tuberculose, sont simplement suggestifs soit d'une localisation respiratoire, soit d'une intoxication générale. En l'absence des éléments de certitude et de localisation, en présence de signes physiques, fonctionnels et généraux non pathognomoniques, la valeur du diagnostic ne dépend plus que de la perspicacité du clinicien, pour ne pas dire de sa chance; elle n'est pas chiffrable, ce qui est peu plaisant à une époque où elle l'on attache une importance énorme, bien qu'exagérée, aux valeurs numériques et où l'on tend à tout standardiser. Il ne reste donc plus, semble-t-il, qu'à s'adresser au laboratoire et à utiliser les réactions sérologiques fort nombreuses, mais peu employées. Que valent-elles en réalité? Si l'on étudie les deux principales, fixation du complément par la méthode de Besredka et floculation par la méthode de Vernes, elles donnent, dans la tuberculose pulmonaire en général une proportion appréciable mais insuffisante de résultats positifs: 70 pour cent pour la première et 80 pour cent pour la seconde; de plus elles sont influencées, la réaction de Besredka par la syphilis (si bien qu'elle n'a de signification qu'accompagnée d'un Wassermann négatif), la réaction de Vernes par la syphilis et aussi par la plupart des maladies. Les résultats sont encore moins satisfaisants dans les cas suspects ou douteux. La sérologie ne donne pas la clef du diagnostic. En l'absence de signes valables, chez un suspect, il n'y a qu'un parti à prendre, c'est la mise en observation prolongée. Le diagnostic précoce de la tuberculose se réduit en définitive à une mise en observation, à une attente, à une perte de temps. Cette attitude passive est peu brillante; nous préférons sans hésitation celle d'E. M. Ellison, qui considère comme positifs tous les cas suspects et choisit le terrain solide d'une situation nette. Il y aurait mieux à faire encore; ce serait d'appliquer aux cas douteux le traitement d'épreuve, constitué par les ressources actuelles d'une chimiothérapie adaptée à cette fin et par les possibilités présentes et futures de la sérothérapie et de la vaccinothérapie. S'il est prématuré de préconiser comme traitement d'épreuve des médications discutées, contestées ou hypothétiques, s'il est paradoxal de proposer, comme épreuve révélatrice du diagnostic, des moyens thérapeutiques destinées à tuer dans l'œuf ce même diagnostic, il n'est ni défendu ni chimérique de prévoir les progrès et le développement d'une thérapeutique antituberculeuse sous des formes diverses et son application au diagnostic précoce, en vertu du principe: qui peut le plus peut le moins. Le traitement d'épreuve joue déjà un rôle important dans le diagnostic de certaines affections non tuberculeuses des voies respiratoires, qui sont trop souvent prises pour de la tuberculose initiale ou avancée. (Lafont, J., *Le Progrès Médical*, 438-41, mars 7, 1931.)

Procédé Simple de Culture de l'Hématozoaire

Le procédé en usage dans les laboratoires de Calcutta est celui de Thomson modifié par Ross: 5 cc. de sang du sujet à examiner sont recueillis dans un ballon contenant quelques billes de verre; le sang est défibriné par une agitation de deux à trois minutes et porté ensuite dans un tube à essai où l'on a versé quatre gouttes d'une solution à 50 pour-cent de dextrine. Le tube est capuchonné et porté à l'étuve à 37°. L'addition de glucose est destinée à remplacer la grosse molécule de fibrinogène enlevée par la défibrination et à empêcher ainsi les phénomènes d'osmose entraînant l'hémolyse. (Peltier, M.: *Marseille Médical*, 67: 399 (25 dec.), 1930.)