FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

R. DURAND
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de guerre 1914-1918

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

DEPUIS LA GUERRE

INFLUENCE DE LA VACCINATION

Président : M. CH. ACHARD, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1921

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

R. DURAND
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de guerre 1914-1918

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

DEPUIS LA GUERRE

INFLUENCE DE LA VACCINATION

Président : M. CH. ACHARD, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, GOSSET, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DR LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	EL. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOULLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur ACHARD

Médecin de l'hôpital Beaujon
Professeur de Clinique médicale
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE PARIS

A M. le Docteur FOIX

Médecin des Hôpitaux

Au cours de ma dernière année d'études, j'ai pu suivre dans le service de M. le Professeur Achard, à l'hôpital Beaujon ; une série de 27 cas de fièvre typhoïde.

Ces cas concernaient des malades pour la plupart du sexe féminin et par conséquent non vaccinés contre la fièvre typhoïde. Trois d'entre eux cependant du sexe masculin avaient été vaccinés et chez eux la fièvre typhoïde a revêtu une allure particulière. Cette prédilection pour le sexe féminin, ces modifications de la fièvre typhoïde sous l'influence de la vaccination m'ont vivement intéressé et je remercie M. le Professeur Achard qui a attiré notre attention sur ce point, d'avoir bien voulu me confier ce sujet de travail.

Je lui adresse mes hommages de respectueuse reconnaissance pour la bienveillance qu'il m'a témoignée et je le remercie profondément de me faire l'honneur de présider cette thèse.

AVANT-PROPOS

Pendant et depuis la guerre, les maladies typhoïdes ont subi des modifications si importantes quant à leur évolution que ces affections sont, à l'heure actuelle, et dans les cas généralement observés, des maladies dont le pronostic s'est considérablement amélioré.

Il est certain que si la vaccination préventive de ces affections s'est montrée très efficace et que si les sujets vaccinés sont encore actuellement beaucoup moins souvent et beaucoup moins gravement atteints que les non vaccinés, cela provient du fait qu'ils sont encore en état d'immunité partielle, deux ans après la fin des hostilités.

Cette immunité relativement durable est tellement évidente que maintenant encore dans les services d'hôpitaux ce sont des femmes, ou des hommes de moins de vingt ans qui forment la très grande majorité des cas observés.

On sait en effet que, sauf un nombre très restreint de réformés, tous les hommes à partir de vingt ans ont été, en France, vaccinés.

Il en résulte une prédilection tout à fait curieuse pour le sexe féminin et pour les sujets jeunes. Prédilection, qui en éliminant les sujets âgés du sexe

masculin, tend déjà à améliorer le pronostic de la maladie. D'autre part quand la maladie survient chez les sujets vaccinés (ceci est rare, mais cela arrive) elle revêt une forme manifestement améliorée par la vaccination.

Il en résulte des modifications importantes dans le tableau clinique classique de la fièvre typhoïde, modifications qui ont fait l'objet des études de MM. les professeurs Chauffard, Achard, Vincent, de M. le Dr Sergent à Paris, de MM. Rebattu et Milhaud à Lyon.

Nous apporterons à ces recherches notre modeste contribution.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

DEPUIS LA GUERRE

INFLUENCE DE LA VACCINATION

HISTORIQUE

La vaccination antityphique, qui était encore une utopie, il y a seulement une trentaine d'années, s'est montrée si active dans ses effets que son emploi s'est généralisé très vite, dans tous les pays et plus particulièrement pendant ces quinze dernières années.

Les vaccins employés sont assez nombreux. Citons parmi les principaux ceux de Chantemesse, de Widal, de Vincent, utilisés en France, au Maroc, à Salonique.

Parallèlement des recherches analogues ont été poursuivies à l'étranger; en Angleterre par Wright et Leishmann ; aux Etats-Unis par Russell ; en Allemagne par Pfeiffer et Kolle.

Ces divers vaccins peuvent être ramenés à deux types différents :

1° Les vaccins bacillaires contenant le microbe sont ceux de Chantemesse, de Wright, de Pfeiffer, de Russell ;

2° Les vaccins par autolysats, débarrassés du microbe par centrifugation et décantation (vaccin de Vincent).

Ils s'administrent par la voie sous-cutanée au niveau de la région deltoïdienne. Plusieurs injections sont nécessaires à quelques jours d'intervalle;

3° La vaccination par la voie intestinale a été proposée par J. Courmont et Rochaix.

Ces vaccins se sont montrés dans l'ensemble extrêmement efficaces contre la fièvre typhoïde. Il suffit de rappeler les mémorables essais de Wrigth dans l'armée anglaise, au Transvaal, aux Indes,

Les succès obtenus dans l'armée et dans la marine française, dans les différentes armées étrangères et enfin dans les épidémies locales frappant la population civile : épidémie d'Avignon, 1911. Epidémie de Paimpol, 1912; de Puy-l'Evêque, 1912, de Nœux-les-Mines (Nord), de Jargeau (Loiret), 1913 où l'infection fut occasionnée par le lait infecté par les mouches. Les épidémies de Torrente 1907, de Séville et de Tomarès 1918 en Espagne.

On vaccina jeunes et vieux et grâce à ces mesures prophylactiques, on vit les épidémies parfois très sévères s'éteindre sur place après que la deuxième ou la troisième injection avait été faite. Mais pour cela il faut que la vaccination soit opérée rapidement et sur la totalité des sujets accessibles à l'infection.

Dans l'Argonne, où la typhoïde débuta en novembre 1914 dans la population civile, on vaccina les adultes, puis les enfants ; la maladie s'attaqua alors aux vieillards de plus de 65 ans, on vaccina ceux-ci et la typhoïde disparut complètement.

Partout, dans ces diverses circonstances, la protec-

tion assurée chez les vaccinés, démontra l'absolue efficacité de la méthode à l'égard de la septicémie éberthienne.

La guerre devait apporter de ces faits une éclatante confirmation.

On ne tarda pas cependant à remarquer que si la fièvre typhoïde proprement dite se trouvait éliminée du fait de la vaccination antiéberthienne, le nombre des infections paratyphiques se trouvait au contraire remarquablement augmenté.

De ce fait et des préoccupations qui en résultèrent les traces restent consignées dans les comptes rendus de la Société médicale des Hôpitaux (1915).

On fut donc amené à penser à s'immuniser à l'aide d'un seul vaccin, à la fois contre la typhoïde et contre les paratyphoïdes. C'est ainsi que furent créé les vaccins polyvalents T. A. B. dont les plus employés sont ceux des professeurs Widal, Vincent.

Les résultats de ces nouvelles précautions furent tout à fait remarquable. Dans les dernières années de la guerre on n'observa chez les vaccinés que des fièvres typhoïdes exceptionnelles et tout à fait atténuées. Les cas d'infection typhiques n'ayant guère trait qu'à des militaires qui pour une raison ou pour une autre n'avaient pas subi la vaccination.

De ces faits importants observés pendant la guerre, l'après-guerre a donné une pleine confirmation. Elle a apporté en même temps quelques faits nouveaux particulièrement intéressants.

Nous étudierons successivement :

1° La fréquence relative de la fièvre typhoïde après la guerre chez l'homme et chez la femme et l'âge moyen de la maladie dans chaque sexe :

2° Le caractère de la fièvre typhoïde chez l'homme suivant qu'il est vacciné ou non vacciné.

3° La fièvre typhoïde chez les enfants et la question de la vaccination typhique obligatoire.

CHAPITRE PREMIER

1° Fréquence relative de la fièvre typhoïde chez l'homme et chez la femme.
2° Age moyen de la maladie dans les deux sexes
3° Caractère de la fièvre typhoïde chez l'homme suivant qu'il est vacciné ou non vacciné.

Ces faits ont été étudiés par plusieurs observateurs en France et à l'étranger, à Paris et en Province. Nous relaterons tout d'abord la statistique de M. le professeur Achard dont nous avons suivi les malades.

Les cas observés depuis quinze mois à l'hôpital Beaujon se décomposent ainsi : 19 cas féminins et 8 cas masculins.

Cas féminins. — Aucune des 19 femmes n'avaient été vaccinée.

La durée moyenne de la maladie fut, pour chacune d'elles, de quarante-quatre jours.

L'âge moyen des femmes atteignit 27 ans.

La mortalité fut de trois.

Les trois cas mortels font l'objet des observations 1 à 3.

Le premier présenta des escarres multiples au niveau des régions lombaires et sacrées (obs. I)

Le second fit une forme hypertoxique avec une température se maintenant à 40 degrés et un pouls faible et irrégulier (obs. 2).

Le troisième fit une myocardite (obs. 3).

Remarquons en outre les complications fréquentes qui surviennent chez les femmes:

a) Un cas compliqué de cholécystite avec phlegmon du ligament large (obs. 4);

b) Un cas suivi de recrudescence d'une gonococcie latente et qui détermina une évacuation vaginale purulente (obs. 5).

c) Un autre présenta une otite aiguë (obs. 6).

d) Un quatrième fit une phlébite (obs. 7).

Sur ces 19 cas féminins nous avons donc 7 cas avec complications graves ou mortelles et 13 cas évoluant avec une allure moyenne.

Il est à noter que chez toutes ces femmes il s'agissait d'une infection éberthienne, sauf trois exceptions relevant du bacille paratyphique B et qui ont guéri (obs. 8, 9, 10).

Cas masculins. — Pour une période de quinze mois, nous trouvons un chiffre de cas d'infection typhique beaucoup moins élevé chez les hommes.

Ces cas masculins se répartissent ainsi :

Trois hommes vaccinés (obs. 11 à 13).

Cinq hommes non vaccinés (obs. 14 à 18).

L'âge moyen pour eux est de vingt-trois ans.

La durée moyenne de la maladie atteint chez les hommes non vaccinés : quarante jours, chez les vaccinés : dix-huit jours.

La mortalité chez les hommes vaccinés est nulle, un décès chez les non vaccinés, soit 20 o/o.

Enfin l'évolution s'est faite sous la forme d'infection légère chez les trois vaccinés (obs. XI, XII, XIII).

Obs. 11. — Garçon de 26 ans, vacciné en 1914, a une époque où le vaccin était préparé seulement avec le bacille d'Eberth ; il fit une paratyphoïde B légère et qui guérit en trois semaines.

Obs. 12. — Un autre âgé de 24 ans, avait reçu en 1917 le triple vaccin T. A. B ; il fit une infection éberthienne vérifiée par l'hémoculture et l'agglutination.

L'affection dura seulement dix-sept jours.

Obs. 13. — Le malade âgé de 30 ans, avait été vacciné en 1916 et depuis cette date avait reçu une nouvelle dose de vaccin en 1918. Deux ans après il fit une infection légère qui ne dura que quinze jours et au cours de laquelle son sérum agglutinait surtout le bacille paratyphique B.

Chez les cinq hommes non-vaccinés l'évolution s'accompagna de complications plus fréquemment que chez les vaccinés et il fallut compter un cas mortel.

Ils firent, le premier âgé de 18 ans, une infection éberthienne de quatre semaines de durée (obs. XIV).

Le deuxième, âgé de 18 ans 1/2, fit la même affection mais à début appendiculaire (obs. XV).

Le troisième, âgé de 24 ans, fut malade pendant un mois (obs. XVI).

Le quatrième, âgé de 28 ans, fit une infection paratyphique B, suivie d'une rechute mortelle par perforation intestinale (obs. XVII).

Le cinquième (obs. XVIII) est un homme de 51 ans ; il fut atteint d'une infection éberthienne qui dura six semaines et se compliqua de myosite abdominale au cours de la convalescence. Cette myosite évolua sans suppuration et le malade sortit guéri.

En résumé les 27 typhiques examinés dans le service de M. le professeur Achard comportent d'une part un groupe de 24 malades des deux sexes non vaccinés, chez lesquels on compte quatre décès observations I, II, III, et XVII et plusieurs complications plus ou moins graves, observations de IV à VII pour les cas féminins, observations de XIV à XVIII pour les cas masculins.

D'autre part un groupe de 3 malades vaccinés, l'un seulement contre le bacille d'Eberth et qui fit une paralyphoïde B légère (obs. XI). Les deux autres vaccinés à la fois contre le bacille d'Eberth et contre les bacilles paratyphiques, observations XII, XIII. Ces trois vaccinés n'eurent que des formes légères d'infection.

De plus la durée moyenne de la maladie, chez eux est diminuée de moitié.

La mortalité est nulle et la morbidité est très atténuée.

C'est le tableau opposé que l'on observe chez les femmes et les sujets non-vaccinés.

Nous allons pouvoir préciser ces données grâce aux renseignements fournis par les statistiques.

1° De M. le professeur Chauffard ;

2° De M. le Dr Sergent ;

3° De MM. Rebattu et Milhaud de Lyon.

1° La *fréquence suivant le sexe* et *suivant l'âge* se repartit ainsi dans la statistique de M. le professeur Chauffard.

Sur 86 cas observés à l'hôpital Saint-Antoine.

Avant la guerre en 1912 et 1913 :

11 hommes, âge moyen 24 ans.

42 femmes, âge moyen 27 ans.

La proportion avant 20 ans :	Après 20 ans :
Chez les hommes, est de 27,5 o/o.	72,5 o/o
Chez les femmes, est de 19 o/o.	81 o/o

Après la guerre, en 1918-1919 et 1920 :

10 hommes, âge moyen 17 ans 1/2.

23 femmes, âge moyen 27 ans.

La proportion avant 20 ans :	Après 20 ans :
Chez les hommes, est de 90 o/o.	10 o/o
Chez les femmes, est de 24,5 o/o.	75,5 o/o

Pour les hommes, l'âge moyen devient 17 ans 1|2 et la proportion devient avant vingt ans de 90 o|o et après vingt ans de 10 o/o seulement.

Pour les femmes la proportion de 24 o/o avant 20 ans est de 75 o/o après vingt ans, c'est-à-dire que pour elles, la proportion est analogue à celle d'avant-guerre.

2° La statistique du Dr Sergent, hôpital de la Cha-

rité, porte sur 44 cas observés avant et après la guerre, dans les deux sexes.

Avant la guerre, pendant les années 1911-1912 et 1913 :

9 femmes, âge moyen 26 ans.

18 hommes, âge moyen 27 ans.

Ici, chez les femmes de moins de 20 ans, 22 cas o/o.

Chez les hommes de moins de 20 ans, 38 o/o.

Après la guerre pendant les années 1918-1919 et 1920 :

13 femmes, âge moyen 27 ans.

4 hommes, âge moyen 24 ans.

Ici chez les femmes de moins de 20 ans, 23 cas o/o.

Chez les hommes de moins de 20 ans, 75 o/o.

C'est-à-dire pour les hommes avant 20 ans, le double du chiffre d'avant-guerre.

Après 20 ans chez les femmes on observe 77 cas o/o.

Après 20 ans chez les hommes on observe 25 cas o/o.

Ainsi pour les hommes la fréquence après la guerre est diminuée après vingt ans mais augmentée avant vingt ans.

Donc la proportion globale des cas avant et après la guerre est inversée.

Avant la guerre la proportion chez les femmes varie entre 70 et 90 cas o/o.

Avant la guerre la proportion chez les hommes varie entre 59 et 69 cas o/o.

Après la guerre la proportion chez les femmes varie entre 70 et 90 cas o/o.

Après la guerre la proportion chez les hommes varie entre 30 et 10 cas o/o.

3° La statistique de MM. Rebattu et Milhaud de Lyon, donne avant et après la guerre les chiffres suivants :

En 1912 : 210 cas, 80 hommes, soit 38,03 o/o.
En 1913 : 243 cas, 92 hommes, soit 37,86 o/o.
En 1920 : 200 cas, 60 hommes, soit 22,64 o/o.

La fréquence de la maladie chez les hommes passe donc de 38,03 o/o en 1912 à 22,64 o/o après la guerre.

Sur les 60 hommes observés en 1920, neuf seulement avaient été vaccinés dont plusieurs incomplètement et la plupart ne furent atteints que de typhoïde légère ou de simple paratyphoïde.

Il n'y eut que deux décès, un des malades décédés n'avait reçu qu'une injection préventive.

Nous voyons donc, d'après les statistiques précédentes, que la typhoïde touche peu les hommes adultes en France et qu'elle s'attaque presque exclusivement aux femmes et aux adolescents. Ces derniers ayant le plus souvent échappé à l'immunisation par la vaccination.

CHAPITRE II

Importance des notions précédentes par rapport à la question de la vaccination typhique obligatoire.

Nous avons vu dans le précédent chapitre que la grande expérience de la vaccination antityphique nécessitée par la guerre, a établi non seulement l'action efficace de la vaccination sur la morbidité typhique immédiate, mais encore son action prolongée dans les années qui suivent la vaccination.

Les faits que nous avons rapportés concernant les fièvres typhoïdes après-guerre démontrent d'une façon formelle l'importance de cette action.

Nous rappellerons qu'ils se traduisent par deux constatations principales :

1° Prépondérance de la fièvre typhoïde chez la femme par suite de la vaccination du sexe masculin et la rareté de la fièvre typhoïde chez les vaccinés ;

2° Caractère atténué de la fièvre typhoïde chez les vaccinés avec mortalité presque nulle et complications très rares, s'opposant à la mortalité relativement importante et aux complications fréquentes de la fièvre typhoïde chez les sujets non vaccinés.

Nous rappellerons en particulier, en ce qui con-

cerne nos cas personnels, alors que chez les sujets non vaccinés l'affection a évolué suivant sa forme habituelle : elle est souvent suivie de complications et les cas mortels ne sont pas rares. (Obs. 1 à 7, femmes et obs. 14 à 18, hommes.) Chez les vaccinés au contraire, nous avons observé une atténuation de tous les accidents : la fièvre est moins intense, le tuphos est absent, l'évolution de la maladie est moins longue et les complications sont exceptionnelles (obs. 11, 12, 13).

Ces importantes constatations ont donné un regain d'actualité à la question de la vaccination antityphique, dont on trouve la trace dans les discussions de l'Académie de Médecine de cette année et dans les importantes communications de MM. les professeurs Chauffard, Achard, Vincent.

Ces auteurs ont été amenés ainsi à envisager la question de la vaccination de la population civile et leur conclusion commune a été en faveur de cette vaccination.

Nous ne reviendrons pas sur les raisons pour lesquelles cette vaccination nous paraît également désirable. Nous en discuterons simplement et rapidement quelles pourraient en être les modalités.

Une première difficulté se présente concernant la fièvre typhoïde chez les enfants.

L'infection chez eux est généralement peu intense, de courte durée, sans complications pendant la convalescence. Elle mérite cependant d'être combattue avec la plus grande rigueur parce que les jeunes sujets

sont des porteurs de germes dangereux, appelés à propager l'infection avec beaucoup de facilité. D'autant plus que leur entourage ne prend pas toujours à leur égard les mesures d'isolement ou de désinfection suffisantes.

Pour ces motifs on est conduit à souhaiter que la vaccination préventive des jeunes sujets se généralisée. Mais quel est le moment de choix pour cette vaccination de l'enfant? M. le professeur Chauffard propose une première vaccination à 15 ans; une seconde à 18 ans; une troisième à 21 ans, estimant qu'après ces trois injections les sujets seraient immunisés définitivement.

M. le professeur Vincent estime qu'on pourrait s'adresser aux enfants dès l'école. Puisqu'ils supportent bien les effets de la vaccination, on les immuniserait systématiquement à l'école, comme pour la variole, en les protégeant par la vaccination antityphique obligatoire.

Si une loi Léon Labbé n'est pas créée pour rendre cette vaccination obligatoire on pourrait, ainsi que le voudrait MM. les professeurs Chauffard et Achard, rendre les trois vaccinations, immunisant définitivement, obligatoires chez l'adolescent, cette dernière solution paraissant être la moins difficile à réaliser pour faire des maladies typhoïdes des affections tout aussi *rares* que la variole.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. G..., femme de 38 ans. Entre le 25 août à l'hôpital, elle présente un état typhoïde grave.

Autant qu'on peut obtenir de renseignements précis, on apprend que la maladie a débuté cinq jours auparavant d'une façon assez brusque, par une grande fatigue avec rachialgie, des cauchemars, sans céphalée ni épistaxis.

A l'entrée, le torpeur et la prostration sont très accentuées. La malade à quelques vomissements et une diarrhée abondante, fétide, de couleur jus de melon. La langue est sèche et couverte d'un épais enduit blanchâtre.

Elle tousse, sans expectoration caractéristique, et l'on note dans ses poumons des râles de bronchite, avec des signes de congestions à la base droite.

La rate est augmentée de volume : 7 × 8 centimètres.

Le foie n'est ni gros, ni douloureux.

Le pouls est à 114, dicrote.

On note de l'assourdissement du premier bruit, à la pointe.

Les urines sont peu abondantes et contiennent une forte quantité d'albumine.

La température est à 40°3.

Sous l'influence des bains donnés à 26 degrés, la température baisse seulement de quelques dixièmes.

Dans les jours qui suivent, l'état général reste fort grave et la température demeure constamment au-dessus de 39 degrés. Les urines sont toujours peu abondantes. La malade présente de l'incontinence sphinctérienne.

Le 1er septembre apparaissent des escarres au niveau de la région sacrée ; on doit suspendre les bains.

Malgré les pansements, ces escarres s'étendent vers la région lombaire et vers les fesses.

La malade perd toujours ses urines.

Elle s'alimente mal, se cachectise progressivement. Sa température reste élevée avec de grandes oscillations.

Elle meurt le 3 octobre.

Séro-diagnostic positif à l'Eberth.

OBSERVATION II

Mlle C..., 29 ans, entrée le 26 novembre 1920. Malade depuis cinq jours : début brusque, avec céphalée, douleurs articulaires et musculaires. La malade se plaint d'insomnie et de vertiges, elle n'a pas eu d'épistaxis.

A son entrée à l'hôpital, on note tous les symptômes d'une fièvre typhoïde grave : langue sèche, rôtie, avec fuliginosités et trémulants, petits soubressauts tendineux au niveau des doigts, petites secousses musculaires au visage.

Abdomen météorisé, avec gargouillement à la fosse iliaque droite et douleur à la palpation du cæcum, grosse rate. Pas de taches rosées. Râles de bronchite diffuse.

La température est à 40 degrés. Le pouls à 108, faible et un peu irrégulier. Les urines sont peu abondantes. La malade est constipée, elle boit difficilement

Dans les jours suivants, la température reste fort élevée et l'état général demeure grave; il s'agit d'une forme hypertoxique.

Des accidents cardiaques surviennent : augmentation transversale de la matité, faiblesse et irrégularité du pouls, embryocardie. Malgré les injections de caféine et l'administration de digitale, la malade meurt le 5 octobre 1920.

L'hémoculture a montré la présence de bacilles d'Eberth; le séro-diagnostic a été positif.

OBSERVATION III

Mme B..., 28 ans. Entre le 30 décembre 1920, au sixième jour de sa maladie.

La température est élevée : 40 degrés. L'état général est grave et on note des symptômes de myocardite : pouls faible, rapide et irrégulier, embryocardie. Mort le 5 janvier.

L'hémoculture révèle la présence de bacille d'Eberth.

OBSERVATION IV

Mme S..., 44 ans, entre à l'hôpital le 22 juin 1920. Il y a quatre jours, la malade a ressenti une douleur vive au niveau du rebord costal, à droite, en même temps qu'un frisson prolongé et solennel. La température est montée rapidement à 39°5.

Au premier examen, son état général paraît assez bon ; la langue est un peu sèche ; il existe une légère dyspnée (30 respirations à la minute).

A l'examen des poumons, on note, du côté droit, surtout à la base, une submatité assez franche; on entend à la base et dans l'aisselle des râles sous crépitants fins, sans souffle.

Dans les jours suivants, la température reste aux environs de 40 degrés et le pouls est à 120, assez fort.

Les symptômes pulmonaires se modifient peu ; la respiration prend cependant au niveau de l'aisselle un timbre assez soufflant.

Le 3 juillet, on constate des taches rosées lenticulaires sur l'abdomen, en même temps qu'une splénomégalie très nette et du gargouillement de la fosse iliaque droite.

Le foie est un peu tuméfié et la palpation de la région vésiculaire est douloureuse.

La langue est humide et revêtue d'un enduit blanchâtre.

A l'auscultation du poumon ; on note encore quelques râles sous-crépitants fins à la base droite, et des râles muqueux dans toute l'étendue du poumon.

La fièvre reste élevée : 39 degrés le matin ; 40 degrés le soir.

Le pouls est à 90 ou 100, dissocié d'avec la température.

La malade est prostrée, abattue. En outre, elle présente de la surdité, elle n'entend plus du tout ce qu'on lui dit.

Le séro-diagnostic est positif pour le bacille d'Eberth. La fièvre typhoïde évolue sans incidents et la défervescence est complète le 21 juillet.

Le 27 juillet, la température remonte à 38°5. La malade a ressenti dans la nuit une violente douleur dans la région de la vésicule biliaire ; elle a eu des vomissements bilieux.

La palpation permet de localiser le maximum des douleurs à la région vésiculaire ; on sent en outre à ce niveau, autant que le permet la contracture de la paroi, une tuméfaction arrondie, située au-dessous du rebord costal.

Sous l'influence de la glace, cette réaction douloureuse

s'apaise, mais la température présente des oscillations de 37 à 38°5.

Le 1er août, la malade se plaint de souffrir dans la région hypogastrique.

Les jours suivants, elle présente des pertes vaginales purulentes, assez abondantes. Au toucher vaginal, on note un empâtement très net du cul-de-sac latéral droit et au spéculum on constate un orifice peu large, situé en haut et à droite du col utérin et par où s'échappe une traînée de pus.

La malade qui avait souffert autrefois d'annexite, avait conservé vraisemblablement un foyer de pelvi-péritonite subaiguë qui sous l'influence de la fièvre typhoïde, a subi une recrudescence, a suppuré et s'est évacué par le vagin.

Les suites ont été simples et la malade sort guérie le 20 septembre.

OBSERVATION V

R... Joséphine, 34 ans, concierge, non vaccinée. Entre dans le service le 1er décembre 1920. Malade depuis déjà huit jours, présente à son entrée des taches rosées, une grosse rate, de la constipation, un état typhique marqué. Le séro-diagnostic est positif pour le bacille d'Eberth à 1/200.

Dans l'évolution à signaler le 27 décembre, une élévation de température à 38°8, et le 28 un écoulement vaginal purulent dans lequel on trouve le gonocoque.

Cet écoulement persiste quatre à cinq jours puis disparaît à la suite d'injections à la liqueur de Labarraque.

L'apyrexie débute le 6 janvier.

OBSERVATION VI

S..., jeune fille de 18 ans. Présente à son entrée le 8 octobre 1920 tous les signes d'une fièvre typhoïde au début du deuxième septenaire, langue saburrale, abdomen météorisé, gargouillement de la fosse iliaque droite, splénomégalie.

Le séro-diagnostic est positif pour le bacille d'Eberth, le quinzième jour.

La maladie évolue favorablement, mais quelques jours après la défervescence, une otite aiguë se déclare du côté gauche. Le pus s'évacue spontanément et la guérison survient sans incident.

OBSERVATION VII

Mme C..., âgée de 23 ans. Entre le 21 octobre 1920 à l'hôpital, au début du deuxième septenaire : la fièvre est en plateau entre 39 et 40 degrés.

L'hémoculture reste négative, mais le séro-diagnostic est positif pour le bacille d'Eberth.

La défervescence est retardée par une phlébite d'ailleurs légère de la jambe gauche.

Guérison ; la malade sort le 5 décembre.

OBSERVATION VIII

Mlle B..., 22 ans, entre le 16 juin 1920. La malade est infirmière dans le service. Elle se plaint depuis quelques jours d'inapétence et de fatigue ; elle a des insomnies, des vertiges, sans épistaxis.

La température monte en quelques jours progressivement

à 39°4. L'état général est bon, sans prostration marquée. La soif est vive et la diurèse au-dessus de la normale.

Le ventre est faiblement météorisé ; la rate est grosse ; il y a des râles de bronchite.

Pas de taches rosées.

L'hémoculture reste négative, mais le séro-diagnostic est positif avec le Para B.

Guérison sans complications.

OBSERVATION IX

D..., jeune femme de 26 ans, est admise salle Behier, le 29 septembre 1919 pour des hémorragies intestinales assez abondantes survenues à trois reprises dans la journée.

La malade présente en outre un abdomen météorisé, une grosse rate, la température est à 39 degrés, le pouls à 110.

Comme elle est fatiguée, courbaturée depuis une semaine, on fait le diagnostic d'hémorragie intestinale au début du deuxième septenaire.

La maladie évolue normalement, le séro-diagnostic est positif pour le para B.

Huit jours après la défervescence, se produit une rechute bénigne, au cours de laquelle, la malade fait une nouvelle hémorragie intestinale.

Elle sort guérie le 27 novembre.

OBSERVATION X

M..., femme de vingt-cinq ans. Entre à l'hôpital le 29 septembre 1919, malade depuis une dizaine de jours : céphalée courbature, insomnie, constipation.

A l'entrée à l'hôpital, on note une prostration peu accen-

tuée, une langue saburrale, non trémulante, le ventre est peu météorisé ; il n'y a pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; mais la rate est percutable. Constipation.

Température 39 degrés. Pouls à 100.

Les urines sont abondantes : 2 litres.

Dans les jours qui suivent, l'amélioration se dessine rapidement et la température tombe à 37 degrés en moins de six jours.

Il n'y a pas d'agglutination pour le bacille d'Eberth, mais le séro-diagnostic est nettement positif pour le Para B. La malade sort guérie le 17 octobre.

OBSERVATION XI

G... Raymond, 26 ans. Employé de bureau, ancien vaccciné. Entre à l'hôpital le 10 août pour état fébrile, constipation, asthénie.

Depuis le 15 juillet 1920, faiblesse générale. Courbature, céphalée, vertige, constipation. Ces symptômes disparurent au bout d'une dizaine de jours et le malade continua à vaquer à ses occupations. Mais la constipation persistait opiniâtre (nécessitant des luxatifs).

Le 5 avril, se sentant de nouveau affaibli, sans appétit et toujours constipé, il se purge. A partir de ce jour il garde le lit et présente des vomissements alimentaires. La fièvre est modérée.

Le 9 août légère épistaxis.

Examen. — Le 10 août : température 37°6-38°2. Pouls normal constipation.

Abdomen, quelques taches rosées, légèrement papuleuse, gargouillements de la fosse iliaque droite. Rate percutable.

Aucun signe pulmonaire, aucun signe cardiaque.

Séro-diagnostic : positif pour Para B au 1/100.
négatif pour Para A au 1/50.
et pour Eberth.

Pendant son service militaire a été vacciné en 1914, vaccin antityphoïdique quatre injections.

Pas d'injections d'entretien les années suivantes.

La température se maintient vers 38° 2 avec des rémissions de 1/2 degré jusqu'au 17 août.

Pouls en rapport avec température.

Langue saburrale. Constipation opiniatre, pas de prostration.

A partir du 17 août, la température s'abaisse en ligne pour atteindre la normale le 22 août. L'appétit revient impérieux.

Le malade sort sur sa demande le 26 août, complètement guéri.

OBSERVATION XII

L... Marcel, 24 ans, mécanicien. Vacciné en 1917 par trois injections T. A. B.

Entre à l'hôpital le 16 juin 1920 pour céphalée, lassitude et fièvre.

Les antécédents héréditaires et personnels n'ont rien de particuliers.

La maladie actuelle à débuté d'une façon insidieuse le 10 juin par de la céphalée, des courbatures, de l'insomnie. Le soir le malade avait quelques frissons.

Le 13 et le 14 juin, plusieurs petites épistaxis. La persistance de cet état oblige le malade à venir consulter.

Examen. — Le ventre est légèrement météorisé, gargouil-

lements dans la fosse iliaque droite. Splénomégalie. Pas de taches rosées.

Quelques râles de bronchite.

Température : 38° 6. Pouls 72.

Hémoculture positive pour Eberth.

Séro-diagnostic positif pour Eberth au 1/100.

pour Para B au 1/50.

La température atteint son maximum 39° 2 le 18 juin et se maintient en plateau pendant six jours jusqu'au 24 oscillant entre 38° 5 et 39 degrés Défervescence en lysis jusqu'à la normale, du 24 au 27. Le malade sort guéri le 7 juillet après dix jours d'apyrexie.

OBSERVATION XIII

R... P... Homme âgé de 30 ans, employé de chemin de fer. Vacciné contre la fièvre typhoïde au cours de la guerre par trois injections en 1916 et deux injections d'entretien, une en 1917, l'autre en 1918.

Entre le 7 juillet 1920 pour fièvre, courbature, céphalée. Aucun antécédent héréditaire ou personnel.

Depuis le 3 juillet, malaises, céphalée, rachialgie, inapétence, s'alite le 5 juillet.

Constipation résistant aux purgatifs.

Légère épistaxis.

Le 7, visité par médecin de la Compagnie, il est envoyé à l'hôpital.

Examen. — Ventre souple, sans ballonnement.

Trois ou quatre petites taches rosées suspectes sur la région thoraco-abdominale droite. Léger gargouillement fosse iliaque droite. Rate perceptible. Quelques râles de bron-

chite aux deux bases. Température 39 degrés. Pouls 70. Cœur normal, urines normales, constipation opiniâtre.

La température s'est maintenue en plateau du 7 au 12 (38°4-39°2). Amélioration le 13 avec 37°8 et la défervescence se poursuit très lentement.

Légère zone de matité aux deux bases.

Quelques crachats hémoptoïques.

Constipation persistante.

Séro-diagnostic : Eberth légèrement positif à 1/50.
Para B légèrement positif au 1/100.
Para A négatif au 1/10.

Après une apyrexie de quatorze jours le malade sort guéri le 29 juillet 1920.

OBSERVATION XIV

T... Ch... Homme de 18 ans, marinier, non vacciné. Entre à l'hôpital le 14 juillet 1920.

Malaises quotidiens depuis le 8 juillet.

Anorexie, constipation, vomissements.

Céphalée, lassitude, pas d'épistaxis.

A l'examen on trouve un abdomen ballonné. De la splénomégalie et un foie augmenté de volume. Pas de taches rosées.

Quelques râles sous-crépitants aux deux bases.

Température 38°8. Pouls à 80.

Oligurie sans albuminurie.

Hémoculture positive pour le bacille d'Eberth.

Séro-diagnostic : Eberth, positif au 1/50.
Para A très légèrement positif au 1/10.
Para B.

La température se maintient aux envions de 38°5 jusqu'au 24 juillet, avec une diarrhée légère, mais sans tuphos.

Du 24 au 28, apyrexie et descente en lysis.

Le 8 août le malade sort guéri.

OBSERVATION XV

B. H..., garçon de 18 ans et demi, non vacciné, boucher. Entre à l'hôpital le 30 novembre 1920.

Le malade aurait présenté dans la nuit du 29 au 30 une crise douloureuse abdominale caractérisée par une douleur diffuse très vive, sans siège prédominant précis, sans nausées, ni vomissements, à la suite de laquelle il aurait consulté un médecin. Celui-ci, qui soignait déjà le malade pour une bronchite datant d'une quinzaine de jours, diagnostiqua une crise appendiculaire et conseilla l'entrée à l'hôpital. Le jour suivant, le malade est admis dans un service de chirurgie, c'est le 30 novembre.

Le jour de l'entrée, la fièvre est à 39°2.

Le malade est mis à la diète lactée, et la douleur abdominale persistant, on lui applique une vessie de glace sur le flanc droit.

La fièvre s'amende rapidement et reste normale jusqu'au 9 décembre.

Entre temps la douleur abdominale a disparu à peu près totalement.

Le 9 décembre et les deux jours suivants la température s'élève progressivement et atteint le 11 au soir 40 degrés en même temps qu'un léger état de torpeur, d'abattement est constaté. Pas d'épistaxis.

Le diagnostic d'appendicite est écarté dans le service de chirurgie et le malade est passé dans le service de médecine de M. le professeur Achard le 12 décembre.

La fièvre élevée à 39°2 persiste sans rémission. Pouls à 100-105. Pression artérielle 10-7. Stupeur et abattement.

Splénomégalie. Léger gargouillement dans la fosse iliaque droite qui est indolente. Diarrhée (3-4 selles liquides jaune ocre par vingt-quatre heures). Quelques râles de bronchite diffuse.

Le 13 décembre, l'hémoculture est positive à l'Eberth.

Le séro-diagnostic : agglutination très forte à l'Eberth (1/100).
Agglutination majeure au para A.
Négatif au Para B.

Urines rares, foncées, sans albumine.

Les 16 et 17 décembre, efflorescence de taches rosées lenticulaires extrêmement abondantes, serrées, sur tout l'abdomen, les flancs et la poitrine.

L'état général se modifie, la stupeur et l'abattement deviennent extrêmement marqués. Du délire apparaît, délire vespéral surtout avec paroles inintelligibles et carphologie.

La température se maintient vers 39 degrés et au-dessus du 23 au 26 décembre puis décroît en lysis en même temps que les urines augmentent.

Le pouls qui battait à 110-120, bat vers 80-85.

La température est normale le 29 décembre et persiste jusqu'au 1er janvier.

Vers le 30 et 31 décembre, apparition dans l'hémi abdomen droit vers l'ombilic et l'hypogastre, d'une douleur spon-

tanée, exacerbée par la palpation avec contracture musculaire.

A la palpation la douleur est surtout localisée sur le bord externe de ce muscle et vers l'hypogastre.

Le 1er janvier, la température est à 39 degrés, la diarrhée abondante mais transitoire (10 selles liquides par 24 h.), mais le pouls reste peu rapide a 110, bien frappé, les urines très abondantes (plus de 3 litres par 23 h.).

L'élévation de température est de courte durée, la température redevient subnormale le lendemain.

La douleur et la contracture musculaire persistent en décroissant quelque peu.

Le pouls reste à 110.

La température présente des élévations passagères qu'on ne peut relever que par des explorations thermiques fréquentes (toutes les 2-3 heures).

Les urines restent abondantes (2 litres 1/2).

L'appétit renaît et croît très vite. Plus d'abattement.

La contracture de défense de la région hypogastrique persiste presque vers le 10 janvier. Il est très difficile de lui trouver une explication. Il semble qu'on peut complètement éliminer le diagnostic de myosite du grand droit.

L'empâtement de la région est en faveur d'une collection abdominale ; il est probable qu'une perforation intestinale s'est produite, qui n'a eu pour conséquence qu'une péritonite localisée évoluant à bas bruit vers la résolution.

OBSERVATION XVI

P... Homme de 24 ans, chauffeur n'ayantpas subi de vacc, nation préventive.

Entre le 7 mars 1920 pour fièvre élevée et courbature.

Malade depuis le 1er mars, céphalée, anorexie, lassitude insomnie, légères poussées fébriles vespérales, constipation, Epistaxis le 4 mars.

Examen le 8 mars.. le malade est dans un état de stupeur et de prostration prononcée.

Ventre légèrement ballonné, gargouillement à la pression de la fosse iliaque droite.

Quelques petites taches rosées lenticulaires à racine de la cuisse droite et sur le plan droit s'effaçant à la pression du doigt.

Rate percutable sur quatre travers de doigt

Foie augmenté de volume.

Vésicule non douloureuse.

Quelques râles de bronchite aux deux bases.

Température à 38°6. Pouls 76.

Urines foncées sans albumine.

Diarrhée jaune ocre, liquide, 3 selles par 24 heures.

La température s'est maintenue aux environs de 39° jusqu'au 18 mars. Défervescence lente jusqu'à la normale du 18 mars au 29 mars.

Séro diagnostic positif au 1 1/00 pour l'Eberth.

Séro-diagnostic faiblement positif au 1/50 pour le Para B.

Le malade sort guéri le 6 avril 1920.

OBSERVATION XVII

G. L..., homme de 28 ans. Employé de commerce, non vacciné préventivement.

Entre le 30 juin pour rechute de fièvre typhoïde (diagnostic du médecin traitant).

Malade depuis le 2 juin 1920. Avec fièvre, céphalée, courbature. La température s'est élevée en quatre jours jusqu'à 40 degrés (avant l'entrée à l'hôpital).

Elle s'est maintenue en plateau dix jours avec des rémissions de 1/2 degré.

La défervescence s'est faite en lysis, comme le témoigne la courbe dressée par le médecin traitant. Apyrexie le 21 juin.

Reprise de la température le 26 juin, elle atteint de nouveau 39 degrés à l'entrée à l'hôpital. Le pouls est accéléré à 110.

On trouve quelques taches rosées sur l'abdomen. La rate est percutable sur 4 travers de doigt. Le séro-diagnostic, très fortement positif pour para B au 1/100; négatif pour Eberth et para A au 1/10.

Hémoculture sur bile : bacille mobile noircissant le sous-acétate de plomb.

Le 4 juillet fait une chute de température considérable de 38°5 à 36 degrés. Le pouls s'accélère à 140, devient filant, incomptable. Le facies devient péritonéal. Un hoquet apparaît, les extrémités se refroidissent, le malade meurt le 5 juillet, dans le collapsus cardiaque. L'autopsie n'a pu être faite (opposition). Le malade n'a pas été vacciné contre la typhoïde.

OBSERVATION XVIII

G. L..., homme de 51 ans, chauffeur, non vacciné. Entre à l'hôpital le 3 mars 1920 pour fièvre élevée (39°) et céphalée diffuse avec élancements dans les régions sus-orbitaire et occipitale.

Les antécédents héréditaires et personnels ne révèlent rien de particuliers. Une bronchite chronique depuis 1916. La maladie actuelle débute insidieusement il y a un peu plus de deux semaines par de la courbature, de la fatigue et une fièvre légère, de la céphalée diffuse et plusieurs épitaxis peu abondants.

Peu à peu la fièvre s'élève jusque vers 39 degrés, le malade souffre davantage de la tête et doit s'aliter. Les mêmes symptômes généraux et fonctionnels persistent et s'accroissent, la courbature s'accentue ainsi que la céphalée. La fièvre se maintient à 39 degrés.

Un état de torpeur et de somnolence apparaît. Ainsi que de légères douleurs abdominales diffuses, accompagnées de diarrhée jaune ocre (3 à 4 selles liquides par jour).

Le malade voit sa toux habituelle, de sa bronchite chronique, s'exagérer et s'accompagner d'une expectoration plus abondante.

Le médecin consulté ayant constaté la présence de plusieurs taches rosées lenticulaires au niveau du flanc gauche fait pratiquer un séro-diagnostic à la suite duquel il conseille au malade d'entrer à l'hôpital (le malade nous indique également que le médecin n'aurait pas trouvé de splénomégalie). Dans cet état de santé, le malade entre à l'hôpital.

Le pouls est décrote, sans tension, peu accéléré, maxima 11 1/2. Minima 4.

Pas de point abdominal douloureux, traube normal. Foie 6 cm. 1/2 sur la ligne mamelonnaire. Rate perceptible.

Etat pulmonaire : quelques râles humides surtout à la base droite.

Cœur normal. — Réflexes normaux.

Peu à peu amélioration des symptômes et chute progressive de la température.

Vers le 15 mars, après une période de constipation ayant succédé à la diarrhée, survient petit à petit une douleur qui est bientôt vive au niveau de la fosse iliaque et du flanc droit.

Cette manifestation douloureuse s'accompagne d'une réaction fébrile vers 38 degrés.

A la palpation on perçoit une induration du muscle grand droit du côté droit, induration surtout nette et accentuée vers la région ombilicale.

Le muscle grand droit du côté opposé présente une consistance normale et se laisse aisément déprimer comme les autres mucles de la paroi abdominale.

Cette induration douloureuse, spontanément et à la palpation persiste durant une dizaine de jours puis progressivement diminue en même temps que la température décroît.

Le pouls est resté peu accéléré en rapport avec la température. Tension 14 1/2-7.

La constipation a persisté légère d'ailleurs.

Cette rugosité typhique du grand droit évolue ainsi vers la régression, sans suppuration.

La douleur persiste légère à la palpation quand le malade sort de l'hôpital le 12 avril 1920.

Examen de laboratoire : Séro-diagnostic positif pour Eberth au au 1/100 ; très légèrement positif pour para A au 1/10 ; négatif pour para B au 1/10.

Résumé des dernières observations

OBSERVATION XIX

Mlle D..., âgée de 33 ans.

Malade depuis cinq ans quand elle entre à l'hôpital le 25 septembre 1919. Le début a été brutal avec fièvre montant à 39 degrés dès le lendemain, céphalée et rachialgie. La constipation est absolue. La langue est sèche et trémulante, on note quelques tressaillements musculaires au visage et aux mains. Le ventre est météorisé, avec gargouillements dans la fosse iliaque droite. La rate est augmentée de volume.

Les bains froids sont institués à la température de 28 degrés ; ils sont suivis d'une baisse d'un degré environ.

L'évolution est rapidement favorable et la convalescence s'établit franchement après vingt-cinq jours de maladie.

La malade sort guérie le 23 octobre 1919.

Séro-diagnostic au bacille d'Eberth : positif.

OBSERVATION XX

Mlle C..., 24 ans, entre le 6 octobre 1920.

La malade est alitée depuis cinq à six jours ; elle a présenté des épistaxis ; elle est constipée. La courbe de la température, la splénomégalie, et dans les jours suivants, l'apparition des taches rosées imposent le diagnostic de fièvre typhoïde qui vient confirmer le séro-diagnostic positif à l'Eberth au 1/100.

Guérison sans complications. La malade quitte l'hôpital le 17 novembre.

OBSERVATION XXI

M. D..., femme âgée de 33 ans. Entre salle Debove le 9 décembre 1919. La malade présente au début des signes d'embarras gastrique : langue saburrale, haleine fétide, constipation.

La température à 19 degrés et la prostration, joints à la constatation d'une splénomégalie peu considérable justifient des réserves pour le diagnostic.

En effet les signes de fièvre typhoïde se complètent par l'apparition de taches rosées.

L'évolution est normale. A noter seulement que dès l'entrée, on avait remarqué une légère hypertrophie du corps thyroïde qui va en s'accentuant pendant la maladie et disparaît ensuite lors de la convalescence. Guérison et sortie le 29 janvier.

OBSERVATION XXII

Mme G..., 29 ans. Entre à l'hôpital le 28 avril 1920. Malade depuis dix jours, elle présente à l'entrée les signes d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, avec taches rosées, splénomégalie, râles de bronchite, dissociation du pouls et de la température. Séro-diagnostic positif au bacille d'Eberth. Sous l'influence des bains froids, l'évolution se poursuit favorablement, mais la malade présente avant que la défervescence soit complète et dans les jours qui suivent, des douleurs vives spontanées, au niveau des deux tibias et de l'extrémité inférieure des fémurs. Ces douleurs sont exaspérées par la palpation. La malade guérie quitte l'hôpital le 3 juin.

OBSERVATION XXIII

M... Jeune fille de 19 ans, entre salle Behier le 11 juillet 1920. Elle présente depuis une huitaine de jours des symptômes d'embarras gastrique fébrile avec inapétence et tendance à la diarrhée.

Elle a eu des épistaxis, des vertiges et ne dort pas la nuit.

La température, à l'entrée, est de 39°2, le pouls dissocié est à 96.

La langue est sèche, rôtie, l'haleine fétide ; l'abdomen météorisé ; on note une splénomégalie modérée, et du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Il existe des taches rosées sur l'abdomen et les flancs. La malade boit peu ; ses urines sont à 120 grammes. Elle a deux selles diarrhéiques dans la journée.

On donne des bains à 28 degrés. La malade réagit bien à la balnéothérapie et sa température s'abaisse d'un degré après le bain.

La fièvre reste à près de 40 degrés pendant huit jours, puis elle descend progressivement, en même temps que le taux des urines remonte à deux litres.

Guérison sans incidents. La malade sort guérie le 2 août.

OBSERVATION XXIV

Mme L... 35 ans. Entre Salle Debove le 8 janvier 1921.

Le diagnostic de fièvre typhoïde s'impose dès l'entrée de la malade à l'hôpital , d'ailleurs on apprend que son mari est soigné dans une autre salle pour typhoïde et que deux de ses enfants sont en traitement pour la même maladie.

Les symptômes sont peu accentués : aucune prostation, la

malade parle facilement, répond bien aux questions. Elle a un peu de gargouillement de la fosse iliaque droite, de la splénomégalie et quelques taches rosées discrètes.

La température oscille entre 39 et 40 degrés et les bains sont suivis d'une défervescence appréciable, supérieure à un degré. La malade reste constipée pendant toute la maladie.

Défervescence en lysis.

Après dix jours d'apyrexie, il se produit une rechute, durant onze jours, sans complications. La température restant inférieure à 39 degrés on ne redonne pas les bains froids.

La malade est guérie le 26 février.

Séro-diagnostic : positif pour l'Eberth. Hémoculture positive.

OBSERVATION XXV

Mlle B... 21 ans. Entre à l'hôpital le 10 février 1921.

Antécédents : La malade s'est alitée depuis quatre jours souffrant de céphalée, présentant de l'insomnie et des vertiges.

Température 39°2. Un peu d'abattement, langue sèche, rouge sur les bords et à la pointe. Pas de météorisme, pas de gargouillement de la fosse iliaque droite, ni de splénomégalie. Constipation depuis plusieurs jours ; un lavement est nécessaire pour obtenir une selle.

Dans les jours suivants, l'état typhique s'accentue, la malade reste constipée mais l'abdomen se météorise, la rate devient percutable et la température monte progressivement jusqu'à atteindre et dépasser 40 degrés.

Le 13 février des taches rosées caractéristiques apparaissent sur l'abdomen.

La malade a une soif intense, et le taux des urines passe de 500 grammes à 4 litres, en même temps que la langue devient plus humide.

Un peu de délire la nuit.

Pendant dix jours la température reste en plateau à 40 degrés; les bains donnés d'abord à 28 degrés puis à 22 degrés sont cependant suivis d'une chute manifeste de température (1° à 1° 1/2).

Le pouls est accéléré, 128, et dicrote. La pression artérielle est normale 15 1/2-9. Après être restée dix jours en plateau, la température présente quelques oscillations, puis descend lentement et irrégulièrement. Quelques signes d'affaiblissement du myocarde nécessitent l'administration de digitaline : XL gouttes en trois jours.

La température tombe à 37 degrés le matin du vingt-quatrième jour; dès le soir, elle remonte à 37°6, puis progressivement à 38°4; 38°8 et le trente et unième jour elle est à 40 degrés. A ce moment, l'état typhoïde est de nouveau très caractérisé; de nouvelles taches rosées apparaissent. Il s'agit d'une reprise de la fièvre typhoïde qui dure quatorze jours environ et n'est accompagnée d'aucune complication.

La défervescence est enfin complète vers le quarante-quatrième jour de maladie; la malade peut s'alimenter, reprend des forces et sort guérie le 9 avril 1921.

L'hémoculture a révélé la présence du bacille d'Eberth, et le séro-diagnostic s'est montré positif au 1/100.

OBSERVATION XXVI

Mlle S... , 26 ans. Entre le 31 mars 1921 à l'hôpital. Le début de la maladie remonte à une huitaine de jours : courbatures, malaises, tendances nauséeuses, constipation. Lors

de l'entrée, la malade présente tous les symptômes d'une fièvre typhoïde : abattement, langue et lèvres sèches, fièvre élevée, splénomégalie, urines peu abondantes : 500 grammes.

Sous l'influence de la balnéothérapie l'abattement diminue. Le taux des urines remonte rapidement et dépasse bientôt 4 litres, la malade buvant abondamment. Au sixième jour de son séjour à l'hôpital la température baisse progressivement et en quarante-huit heures revient à 37 degrés.

Le taux des urines persiste élevé, entre 3 et 4 litres.

La malade sort guérie le 16 avril.

Séro-diagnostic :

Eberth = 1/80
Para A = 1/160
Para B = 1/80

OBSERVATION XXVII

G... Marguerite, âgée de 13 ans. Entre dans le service le 2 novembre. Elle était souffrante déjà depuis une quinzaine.

A l'examen on n'a pas trouvé de taches rosées, mais la rate est grosse et la constipation prononcée.

Le 8 novembre : séro-diagnostic positif à 1/200 pour l'Eberth et à un moindre degré pour les para A et B.

Evolution régulière, sans complication.

Apyrexie définitive le 15 novembre.

CONCLUSIONS

1° La grande expérience de la guerre a confirmé l'efficacité de la vaccination antityphique : la fièvre typhoïde est rare chez les vaccinés.

2° Les hommes d'âge militaire ayant été presque tous vaccinés, il en résulte que la maladie est devenue beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme et frappe chez ce dernier surtout les adolescents.

3° L'âge moyen de la maladie se trouve de ce fait diminué dans le sexe masculin et son pronostic déjà amélioré.

4° D'autre part les sujets vaccinés qui exceptionnellement sont atteints peuvent ne présenter que les symptômes d'une maladie très atténuée et de durée très raccourcie.

5° Par contre il ne semble pas que les cas de fièvre typhoïde observés depuis la guerre chez les non-vaccinés aient été modifiés dans leurs allure. Les cas mortels ne sont pas rares.

6° Il est donc souhaitable que conformément aux vues de MM. les professeurs Chauffard, Achard,

Vincent la vaccination antitpyhique, avec les réserves nécessaires, devienne obligatoire au même titre que la vaccination variolique, mais dans des conditions peut-être différentes.

Le président de la thèse
ACHARD

Le Doyen de la Faculté
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

Impr. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris. — 5177-21