

Clinica de boli contagioase a I.M.F. Tg.-Mureș. (Cond.: Prof. Kelemen László)

CONSIDERAȚII ÎN LEGĂTURĂ CU 500 DE CAZURI DE FEBRĂ TIFOIDĂ*

Kelemen László, Kasza László, Kövendi Erzsébet, Grünfeld A.

Febra tifoidă, care apare endemic și uneori epidemic, afectează în special indivizii viguroși, tineri între 13—35 ani. Acest fapt asigură febrei tifoide nu numai o situație specială printre bolile contagioase, ci are și o mare importanță socială, deoarece tocmai indivizii din contingentele lucrative sînt scoși din producție timp de mai multe săptămîni.

Prima condiție pentru cunoașterea bazelor teoretice ale celor mai bune metode și reguli preventive și pentru aplicarea lor practică, este culegerea conștiințioasă de date. Ținem să contribuim la acest scop publicînd modestele noastre observații:

De la 1 ianuarie 1946 pînă la 31 martie 1951, am avut sub tratamentul nostru 500 de bolnavi de febră tifoidă. Repartiția bolnavilor după vîrstă este următoarea: n-am avut nici un bolnav mai mic de un an, peste această etate însă au fost reprezentate toate vîrstele și, în concordanță cu datele din literatură, majoritatea cazurilor provine din rîndurile indivizilor între 16 și 30 de ani.

Dintre cei 500 de bolnavi, 252 (50,4%) au fost femei, iar 248 (49,6%) bărbați

Această repartizare a cazurilor noastre după sex este în contradicție atît cu statisticele vechi, cit și cu cele recente, *Sergent*, în materialul său dintre anii 1911 și 1924, a găsit că raportul este de 3 bărbați la o femeie. După datele publicate de *Gaillard* în 1944, acest raport s-a schimbat; în statistica sa, care cuprinde 1.743 de cazuri, față de 72,2% femei figurează numai 27,8% bărbați. În materialul nostru, în discordanță atît cu datele mai vechi, cit și cu cele recente, bolnavii de sex masculin și feminin sînt reprezentați aproape în aceeași proporție. Autorii citați explică raportul găsit, respectiv schimbarea raportului, prin faptul că bărbații, în timpul serviciului militar, sînt vaccinați contra febrei tifoide. După cum vom vedea, unii dintre bolnavii noștri u fost vaccinați și majoritatea acestora au fost bărbați, deci această circumstanță nu poate explica raportul repartizării după sex.

Datele privitoare la ocupația bolnavilor indicînd și relațiile privind starea lor socială, le-am cuprins în tabelul Nr. 1.

Același tabel ogîndește și repartizarea bolnavilor după ani. Datele tabelului arată o aglomerare a cazurilor de febră tifoidă în anul 1950, ceea ce se poate ex-

*) Comunicare ținută la S.S.M. filială Tg.-Mureș, în ziua de 13.II.1952.

Tabelul Nr. I.

Anul	Nrul cazurilor	Agricultori				Muncitor	Funcionar	Liber profesionist	Școlari	Profesie necunoscută
		Starea economică necunoscută	Tărân sărac	Mijlocăș	Chiabur					
1946	50	36	2	—	—	5	1	1	4	1
1947	95	67	7	—	—	14	3	2	2	—
1948	71	49	4	—	—	13	2	—	3	—
1949	86	52	6	—	—	14	6	2	4	2
1950	143	54	16	2	—	48	8	1	9	5
1951	55	23	14	—	—	5	6	—	1	—
	500	287 57.4%	49 9.8%	2 0.4%	—	90 19.8%	26 5.2%	6 1.2%	23 4.6%	8 1.6%

plica în primul rind, prin faptul că activitatea de depistare a organelor sanitare s-a îmbunătățit.

În ceea ce privește repartizarea sezonieră, se observă aglomerarea cazurilor la sfârșitul verii și la începutul toamnei. În literatură, găsim multe supoziții menite să explice acest fapt, ca de exemplu: acțiunea favorabilă a căldurii asupra menținerii în viață a bacilului tific, consumul mai mare de lapte, de fructe crude, de salate, ingerarea unor cantități mari de lichide, acțiunea favorizantă a infecțiilor gastro-intestinale mai frecvente în timpul verii, scăderea acidității sucului gastric în urma transpirației mai abundente, înmulțirea muștelor etc. (*Gromashevski, Jurin, Bușilă, Andronovici și Ioan*).

Creдем că nu este lipsit de interes să cercetăm în ce perioadă a maladiei au fost internați bolnavii în clinică. Constatăm că în proporție de 48%, bolnavii au fost internați în săptămîna a doua a bolii, adică atunci cînd simptomele caracteristice au devenit evidente și cînd în cazuri suspecte rezultatul analizelor de laborator a confirmat diagnosticul stabilit încă înainte de internare. În prima săptămîna a maladiei bolnavii s-au internat doar în proporție de 21.8%, în schimb aproape 1/4 (23%) au fost izolați

și luați în tratament clinic abia în săptămîna a treia. Această circumstanță are fără îndoială și o importanță epidemiologică, deoarece pe lângă bolnavii internați tardiv în săptămîna a 5-a și a 6-a (cîte 3.6%) — făcînd abstracție de purtătorii de germeni — tocmai acest număr mare (23% în materialul nostru) de bolnavi izolați cu întîrziere, contribuie la menținerea focarelor endemice și la izbucnirea epidemiilor.

Din punctul de vedere al evoluției clinice a bolii am repartizat bolnavii în 4 categorii. Am considerat ca formă abortivă acele cazuri, în care boala a durat numai cîteva, maximum 10 zile, cu febră moderată, cu simptome subiective și obiective minime, și care n-au prezentat nici o complicație. Am considerat grave acele cazuri, la care pe lângă o febră înaltă, continuă și prelungită, am găsit și tulburări circulatorii și nervoase evidente, și care au suferit complicații grave. Între aceste două extreme, am intercalat formele ușoare și de gravitate mijlocie.

Datele tabelului nr. II. arată că majoritatea cazurilor (40.6%) au fost de gravitate mijlocie. Proporția cazurilor cu evoluție ușoară și gravă a fost aproximativ egală, fiecare reprezentînd circa 1/4 a cazurilor, iar forme abortive am întîlnit

Tabelul Nr. II.

Anul	Evoluție				Durata bolii											Recidive					
					zile											1		2		3	
	N-rul cazurilor	Abortiv	Ușor	Mijlociu	Grav	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51-60	61 zile	Ușoare	Grave	Ușoare	Grave	Ușoare	Grave	
1946	80	—	16	22	12	8	6	9	12	6	5	2	1	1							
										2R ₁	1R ₁	2R ₁	1R ₁	1R ₁	5	2					
1947	95	5	36	32	22	16	9	15	21	13	7	6	4	4							
										4R ₁		4R ₁	3R ₁	1R ₁	9	3	2				
													R ₂								
1948	71	1	23	27	20	7	15	9	15	11	2	7	3	2							
											2R ₁	4R ₁	2R ₁	1R ₁	8	1			1		
													1R ₃								
1949	86	10	26	32	18	20	15	10	13	3	15	6	1	3							
								1R ₁	3R ₁		3R ₁	4R ₁	1R ₁	3R ₁	12	3					
1950	143	12	34	57	40	32	30	15	21	14	16	9	2	4							
									1R ₁	2R ₁	5R ₁	6R ₁	2R ₁	4R ₁	18	2					
1951	55	1	9	33	12	4	8	13	12	9	3	5	—	1							
										1R ₁		5R ₁			5	1					
	500	29	144	203	124	87	83	71	94	56	48	35	11	15	57	12	2			1	
		5·8	28·8	40·6	24·8	17·4	16·6	14·2	18·8	11·2	9·6	7·0	2·2	3·0	11·4	2·4	0·4			0·2	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%			%	
															14·40%						

în 5,8% din totalul cazurilor. Analizând proporția diferitelor forme evolutive după ani, aceasta s-a dovedit a fi aproximativ egală.

În majoritatea cazurilor, durata bolii a variat între 15 și 30 de zile. Prolungirea duratei a fost cauzată de obicei de recidive. Notăm însă, că am observat recidive și în categoria de 21—25 zile, iar, în două cazuri, boala a durat peste 2 luni, fără ca bolnavul să fi avut recidivă. Recidive s-au prezentat în 14,4% a cazurilor, în două cazuri am observat 2, iar la un bolnav 3 recidive. Ele au fost în ge-

neral ușoare; am observat recidive grave numai în 2,4% a cazurilor, ceea ce reprezintă doar 16,6% din totalul recidivelor.

Simptomele clinice mai importante, le-am cuprins în tabelul Nr. III.

Nu figurează în tabel acele simptome, pe care nu le considerăm caracteristice.

Temperatura în majoritatea cazurilor (46,2%) a oscilat între 38—39 C°. Un procent relativ mare (17,7%) reprezintă cazurile, care au evoluat cu febră moderată, sub 38 C°, fapt explicat prin numărul relativ mare al bolnavilor internați

Tabelul Nr. III.

Anul	N-rul bolnavilor tratați	Febra				Bronșită		Consistența splinei		Rozeolă		Simptome neuroase		Scaun		
		37—38° C		38—39° C		Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu	Normal	Constipație	Diuce
		37—38° C	38—39° C	39—4° C	4° C —											
1946	50	4	25	20	1	28	15	37	6	9	33	24	18	19	22	9
1947	95	9	46	39	1	55	37	75	21	44	50	26	67	26	37	32
1948	71	9	38	23	1	43	28	53	18	30	41	22	48	24	26	22
1949	86	29	41	16	—	31	52	58	27	10	72	33	51	28	39	11
1950	143	31	55	55	2	38	101	90	41	33	105	27	112	37	63	50
1951	55	5	26	23	1	19	37	34	21	13	42	19	35	18	30	7
	500	87	231	176	6	214	270	347	134	139	343	151	331	145	217	138
		17.4 %	46.2 %	35.2 %	1.2 %	44.3 %	55.7 %	72.2 %	27.8 %	28.8 %	71.2 %	31.4 %	68.6 %	29 %	43.4 %	27.6 %

în săptămîna a treia, sau chiar mai tîrziu, deci în perioada defervescenței.

Dintre simptomele notate în tabel am găsit ca cel mai constant splenomegalia, întîlnită în 72,2% a cazurilor.

Trebuie să menționăm că în contradicție cu afirmațiile tratatelor, după care în febra tifoidă splina ar fi moale, noi ca și Haynal, am constatat în toate cazurile o spină destul de dură.

Bronșită am găsit numai în 44,3% a cazurilor.

Simptome neuroase am constatat în 31,4% a cazurilor. Acest procent relativ mic se explică prin aceea, că în mare parte, cazurile au prezentat o evoluție de gravitate mijlocie, fără simptome neuroase.

Surprinzător de rar numai în 28,8% a cazurilor am constatat rozeole, cu toate că le-am căutat în fiecare caz și în tot cursul bolii.

43,4% dintre bolnavi au prezentat constipație, 29% au avut un scaun normal și numai la 24,6% a cazurilor am constatat diaree, descrisă în literatura mai veche cu un simptom frecvent. Scaun asemănător pireului de mazăre considerat

atît de caracteristic în febra tifoidă, am observat numai într-un număr redus de cazuri.

Am trecut într-un tabel complicațiile, care ar fi putut schimba aspectul și evoluția bolii și ar fi putut influența prognosticul ei. Cea mai frecventă complicație a fost miocardita, care a fost întîlnită în 23,4% a cazurilor, depășind astfel cu mult proporția celorlalte complicații.

Cu mult mai rar am întîlnit pneumonia (9,4%) și hemoragia intestinală (8,2%) în ordinea frecvenței lor, celelalte complicații sînt următoarele: supurații ale pielii (3,4%), otită medie supurată (3%), escară (2,6%), perforație intestinală (2,4%), tromboflebită (2%), pielită (1,8%), nefrită (1,6%), colecistită (1,2%) și empiem toracic (0,8%).

În ceea ce privește starea la ieșirea din clinică a bolnavilor se constată că 81,4% au părăsit clinica vindecați, 9,6% au prezentat semne de miocardită, iar în 9% a cazurilor, boala a avut un sfîrșit letal. Cauza cea mai frecventă a morții a fost insuficiența circulatorie periferică, în 3,8% a cazurilor și reprezentînd 42,2% din totalul celor decedați. Ea este urma-

		Evaluția bolii							
Vaccinați	Nevaccinați	Vindecați	Complicații	Decedați					
				Total	Cauza decesului				
					Insuficiență circulatorie	Hemoragie intestinală	Perforație intestinală	Pneumonie	Miocardită
84 cazuri	81 cazuri	85,8%	10,7%	3,5%	2,3%	—	1,1%	—	—
		77,0%	11,1%	11,1%	5%	1,2%	2,3%	1,2%	1,2%

tă, în ordinea frecvenței, de perforația intestinală, respectiv miocardita, care a cauzat moartea atât una cât și cealaltă în 1,8% din cazuri și 20% din totalul decedaților. Hemoragia intestinală a provocat moartea în 1% din numărul total al bolnavilor și 11,1% din cei decedați.

Analizând întregul material de bolnavi, putem concluda, pe baza celor de mai sus, că cel puțin cât privește cazurile noastre, în intervalul de timp examinat nu s-a modificat în mod esențial nici tabloul clinic, nici evoluția și nici pronosticul febrei tifoide.

Dintre examenele de laborator, utilizate în scopul confirmării diagnosticului, am analizat comportarea numărului leucocitelor, a hemogramei, a hemoculturii, a copro- și urino culturii și a reacției Gruber-Widal.

Am constatat leucopenie în majoritatea cazurilor (63,9%). Cele mai frecvente au fost cazurile cu valori între 4.000—5.000 (23,9%) și cele cu valori între 5.000—6.000 leucocite (22%). În 15,3% a materialului nostru am întâlnit leucopenie pronunțată cu 3.000—4.000 globule albe și, în 2,7% o scădere și mai accentuată — până la 2.000 — a numărului leucocitelor. În schimb, în aproape $\frac{1}{4}$ a cazurilor noastre (23,6%) numărul leucocitelor a fost între limitele normale (6.000—8.000) observând într-un procent destul de ridicat (10,8%) o leucocitoză moderată, cu valori între 8.000—10.000.

Hemograma în 60% a cazurilor a prezentat limfocitoză, care în 32,2% a depășit 40%. În schimb în mai mult de $\frac{1}{4}$

a cazurilor (26,8%) proporția limfocitelor a fost normală și în 13,2% am observat o limfopenie pronunțată. Într-un număr neobișnuit de mare al cazurilor (23,3%) am constatat prezența celulelor eozinofile în tot cursul bolii.

Observațiile noastre arată deci că modificările numărului leucocitelor și ale hemogramei — chiar dacă nu sîntem de acord cu părerea lui *Staehein*, care negă valoarea acestora în diagnosticul febrei tifoide — nu prezintă importanță diagnostică hotărîtoare ce li se atribuie, în general, în tratate.

Rezultatele hemoculturilor oferă date surprinzătoare. În prima săptămîna a bolii, rezultatul hemoculturii a fost pozitiv abia în 32% a cazurilor. Pentru procentul mare de rezultate negative în prima săptămîna (68%) s-ar putea acuză deficiența tehnicii de laborator. Această presupunere nu este însă justă, deoarece observăm hemoculturi pozitive în 29,4% în săptămîna a doua și un procent ridicat chiar în săptămîna a treia (34,8%). Procentul mic al rezultatelor pozitive din prima săptămîna a bolii s-ar putea explica prin faptul că bolnavii, în momentul efectuării hemoculturii, s-au aflat într-o fază mai avansată a bolii, ceea ce este foarte plauzibil, dacă ne gîndim la debutul insidios al febrei tifoide.

Am atribuit importanță deosebită rezultatelor copro- și urino culturii, pentru motivul că ele ne furnizează date privitoare la numărul, bolnavilor, care devin purtători cronici de germeni. Importanța acestei chestiuni este dovedită și prin

constatăriile lui Smorodinjev, Dobrișevscaia și Ostrovscaia, după care purtătorii convalescenți de germeni elimină germeni în permanență și în număr mare.

În prima săptămână de convalescență

secutiv la intervale de o săptămână s-au dovedit a fi negative — n-am obținut în nici un caz rezultat pozitiv, ceea ce denotă că în contradicție cu datele din literatură, care indică un procent de

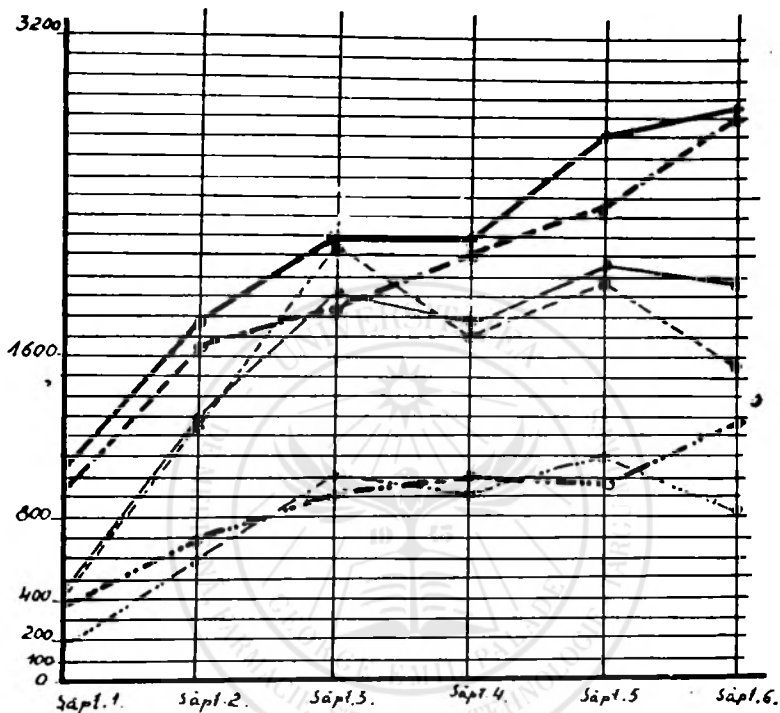


Figura N° 1

— nevaccinat

— vaccinat

am găsit coprocultură pozitivă în 4,3% în săptămâna a doua în 3,2%, în săptămâna a treia în 0,8% și în săptămâna a patra în 1,5% a cazurilor. Începând din săptămâna a cincea a convalescenței — cu toate că bolnavii au părăsit clinica, după ce trei coproculturi executate con-

3,5—5%, nici un bolnav n-a devenit purtător cronic de germeni.*).

Reacția Gruber-Widal am executat-o cu antigenii H și O procum și cu tulpina Gärtner

*) Observațiile noastre obținute după redactarea acestei comunicări arată că această constatare trebuie revizuită.

După datele noastre, reacția Gruber-Widal dă rezultate pozitive în titrul cel mai înalt, cel mai timpuriu și cel mai frecvent cu antigenul H. Aglutinația cu antigenul H atinge încă în săptămîna a doua a bolii titrul maxim utilizat (1:3.200) și numărul cazurilor cu reacția pozitivă, în această diluție, crește treptat în săptămîna a șasea a bolii. Aglutinația cu antigenul O atinge de asemenea repede titrul maxim de 1:3.200 și procentul celor care dau reacția în această diluție cu toate că arată o creștere continuă aproape pînă în săptămîna a șasea, totuși procentul valorilor maxime este mai mic decît în cazul aglutinației cu antigenul H. Valorile obținute prin aglutinația cu antigenul Gärtner sînt mai mici și ele urcă mult mai încet. În prima săptămîna aglutinația a atins doar titrul de 1:800, cei mai mulți bolnavi au atins numai valoarea de 1:1.600, iar începînd din săptămîna a cincea și numărul acestora a început să scadă.

Cercetînd foile de observație am constatat că, în unele cazuri reacția Gruber-Widal a devenit pozitivă numai mai tîrziu ca de obicei, sau că a prezentat în tot decursul bolii un titru foarte scăzut

Din cele 198 de cazuri observate de la 1 ianuarie 1950, rezultatul reacției Gruber-Widal cu antigenul H a fost negativ, în săptămîna a doua a bolii, într-un singur caz; în două cazuri cu antigenul Gärtner, în săptămîna a treia atît cu antigenul H cît și cu antigenul O, iar în 5 cazuri cu antigenul Gärtner. Valori neconcludente — adică titruri de 1:50—1:200 — am întîlnit în săptămîna a treia, a patra, ba chiar a cincea a bolii. Astfel în săptămîna a treia am observat titrul de 1:200 în 7 cazuri atît cu aglutinația H cît și cu O, și în 2 cazuri cu aglutinația Gärtner; în săptămîna a patra, în 3 cazuri cu aglutinația H și în 2 cazuri atît cu aglutinația O cît și cu Gärtner. Am întîlnit două cazuri, în care titrul aglutinației cu antigenul H n-a depășit valoarea de 1:200 nici în săptămîna a cincea a bolii, titrurile aglutinației cu antigenul O și Gärtner fiind și mai mici.

Am amintit mai sus că în materialul nostru figurează și bolnavi care au fost vaccinați cu TAB.

Am examinat efectul vaccinărilor asupra decursului simptomatologiei și pronosticului bolii, confruntînd datele obținute cu cele corespunzătoare ale celor nevaccinați. Ca să putem raporta constatările noastre la un număr aproximativ egal de cazuri, am luat în considerare numai acei bolnavi, care au fost în tratamentul nostru începînd de la 1 ianuarie 1950

Făcînd o comparație între cazurile vaccinate și nevaccinate ale materialului nostru clinic, se poate constata că vaccinarea nu scurtează evoluția bolii, nu modifică frecvența recidivelor și — exceptînd pneumonia, care a survenit cu mult mai rar la bolnavii vaccinați — nu influențează nici apariția complicațiilor. Sub efectul vaccinării însă, boala evoluează mai ușor, cu febră moderată, letalitatea fiind mult mai mică (3,5%) decît la cei nevaccinați (11,1%). De asemenea procentul bolnavilor vaccinați, care au părăsit clinica vindecați (95,8%) este mai mare decît al celor nevaccinați (77,7%).

Vaccinarea influențează în mod evident reacția Gruber-Widal, întrucît titrul aglutinației este înalt încă în prima săptămîna și urcă progresiv în tot decursul bolii, în timp ce la cei nevaccinați titrul mai scăzut observat în prima săptămîna urcă mai încet, și din săptămîna a cincea, scade iarăși.

Observațiile noastre în legătură cu cazurile vaccinate atrag atenția asupra faptului că, în ciuda rezultatelor favorabile amintite, mai avem încă mult de făcut în vederea mării eficacității vaccinărilor. În încheiere dorim să spunem cîteva cuvinte despre tratamentul pe care l-am aplicat.

Pe lîngă tratamentul antibiotic specific — asupra căruia vom reveni într-o altă comunicare — baza terapiei aplicate au constituit-o îngrijirea cinștincoasă, igiena generală, regimul dietetic și tratamentul simptomatic.

Am atribuit o importanță deosebită tratamentului dietetic oferînd bolnavilor un regim alimentar bogat în calorii dindule, înafară de lichide și alimente solide lipsite de țesut conjunctiv și de celuloză.

În tratamentul hemoragiei intestinale, transfuziile repetate cu 300—400 cm³ de sînge conservat, s-au dovedit a fi cel mai eficace procedeu.

În caz de perforație intestinală, am aplicat o intervenție chirurgicală precoce, combinată cu tratament antibiotic modificat de noi. Rezultatele obținute cu această metodă le-am comunicat într-o altă lucrare.

Concluzii

1. Preîncrind datele celor 500 de bolnavi de febră tifoidă tratați în clinica noastră în intervalul de timp de la 1 ianuarie 1946 pînă la 31 martie 1951, am constatat că datele noastre în privința virseii, ocupației, repartiției sezoniere, evoluției și duratei bolii, frecvenței recidivelor și letalității sînt în concordanță cu cele din literatură.

2. Atribuim o importanță epidemiologică faptului că aproape $\frac{1}{4}$ (24%) din numărul total al bolnavilor s-au internat în clinică abia în săptămîna a treia a bolii.

3. Constatările următoare sînt în concordanță cu datele din literatură:

a) În materialul nostru clinic femeile și bărbății figurează aproape în același procent.

b) Consistența splinei a fost în toate cazurile destul de dură.

c) Numărul leucocitelor și hemograma nu prezintă importanța diagnostică, ce li se atribuie în tratate.

d) Am constatat o hemocultură pozitivă, într-un procent relativ mare, chiar și în săptămîna a treia a bolii.

e) Pe baza rezultatelor coproculturii, nici un bolnav n-a devenit purtător de germeni. (Aceste date necesită să fie revizuite).

4. Din compararea datelor obținute la bolnavii vaccinați și la cei nevaccinați, reiese că în urma vaccinării boala evoluează mai ușor, cu febră mai scăzută, titrul reacției Gruber-Widal este înalt încă în prima săptămîna, cu tendință continuă de creștere, iar letalitatea scade evident.

5. Am completat regimul obișnuit cu alimente solide lipsite de țesut conjunctiv și de ceuloză.

6. În cazurile de hemoragie intestinală, transfuziile de singe repetate s-au dovedit a fi tratamentul cel mai eficace.

Sosită la redacție la 2 septembrie 1955.

Bibliografie

1. Bușila: Rev. St. Med. II, 9, 1950; 2. Bușila, Andronovici, Ioan: cit. Bușila; 3. Gaillard: cit. Chelier et Sedallian (Lemierre etc. Traité de médecine Tome I. 1948); 4. Baorila, Comes, Pop: Ardea ul Medical 10-12. VIII, 1948; 5. Gromasevskij: cit. Bușila; 6. Jurin: cit. Bușila; 7. Sergeant: cit. Chelier et Sedallian (Lemierre etc. Traité de médecine Tome II. 1948); 8. Smorodinsev, Dobrisovskaia, Ostrouskaia: cit. Bușila; 9. Staehlin: Schw. Med. Wschr. 1932.

СООБРАЖЕНИЯ В СВЯЗИ С БРЮШНЫМ ТИФОМ НА ОСНОВЕ ИССЛЕДОВАНИЯ 500 СЛУЧАЕВ

Л. Келемен, Л. Каса, Е. Кевенди, А. Грюнфельд

Авторы анализируют данные в связи с 500 случаев брюшного тифа, принимая во внимание возраст, профессию, сезонную частоту, форму и развитие болезни, частоту рецидивов, прогноз и летальность, а также их причины.

Особое эпидемиологическое значение придается тому факту, что приблизительно $\frac{1}{4}$ случаев (23%) была госпитализирована с целью изоляции и лечения лишь в течение третьей недели болезни.

Авторы пришли к нижеприведенным заключениям, расходящимся с литературными данными.

1. Исследованных случаях установлено почти одинаковое численное соотношение между больными мужчинами и женщинами.

2. Во всех случаях селезенка была довольно твердой.

3. Нельзя придавать лейкограмме значение приписываемое ей различными трудами.

Помимо этого установлено, что после прививки болезнь протекает в более легкой форме, температура менее высокая, летальность значительно снижается, а титр реакции Грубера-Видалья находится на высоком уровне уже в течение первой недели и возрастает в дальнейшем вплоть до исхода заболевания.

CONSIDERATIONS CONCERNANT LA FIEVRE TYPHOIDE SUR LA BASE DE 500 CAS

L. Kelemen, L. Kasza, E. Kövenai, A. Grunfeld

Les Auteurs analysent leur matériel constitué par 500 malades de fièvre typhoïde, au point de vue de l'âge, de l'occupation, de l'incidence saisonnière, de la forme et de l'évolution de la maladie, de la fréquence des récurrences, du pronostic et de la létalité, y compris les causes. Ils attribuent une importance épidémiologique au fait qu'environ 1/4 des cas (23%) n'ont été hospitalisés en vue de l'isolement et du traitement que pendant la troisième semaine de maladie. Les constatations suivantes diffèrent des données de la littérature: 1. Dans le matériel des Auteurs les hommes et les femmes figurent dans un pourcentage presque identique. 2. La rate a été assez dure dans tous les cas. 3. On ne peut pas attribuer au leucogramme l'importance diagnostique qu'on mentionne en général dans les traités. On a encore constaté que, à la suite des vaccinations, la maladie évolue moins gravement, la fièvre est plus modérée, la létalité diminue considérablement et le titre de la réaction Gruber-Widal est élevé dès la première semaine et augmente jusqu'à la fin de la maladie.
