

j'ai vu survenir de l'idiotisme; chez un certain nombre enfin, j'ai observé des palpitations, des gastralgies, de la chorée, et une fois de l'épilepsie.

12° *Maladies concomitantes.* — Il n'y a rien à dire de particulier sur les maladies concomitantes de la fièvre typhoïde; ce sont des accidents qu'on observe peu en ville et qui résultent surtout de l'influence nosocomiale, on les observe surtout à l'hôpital: ce sont la teigne, la rougeole, la scarlatine, l'angine couenneuse et le croup, les ophthalmies, la varioloïde, la variole, etc.

13° *Albuminurie.* — Chez quelques enfants, il y a une albuminurie passagère avec desquamation des tubuli des reins, j'en ai vu plusieurs exemples.

14° *Péricardite.* — Cette complication est très-rare et ne s'observe que d'une façon toute exceptionnelle. J'en ai publié un cas en 1875 (1).

15° *Endocardite et myocardite.* — L'endocardite végétante est une complication très-habituelle de la fièvre typhoïde (2) et c'est à elle qu'on doit les bruits de souffle passager qu'on observe si souvent à la pointe et à la base. Elle s'accompagne parfois de thromboses cardiaques dans les cas qui doivent se terminer par la mort. Quant à la *myocardite*, c'est une dégénérescence granulo-graisseuse partielle ou générale qui donne au cœur une couleur jaune muscade, qui affaiblit les bruits, diminue la force systolique et celle du pouls, puis entraîne souvent la mort instantanée. C'est à ces complications cardiaques qu'il faut attribuer les infarctus du poumon qui créent la pneumonie embolique et les infarctus des viscères ou du tissu cellulaire sous-cutané (3).

16° *Infarctus et abcès métastatiques.* — Deux fois j'ai trouvé des embolies sous-cutanées et quatre fois j'ai vu la fièvre typhoïde terminée par résorption purulente et formation d'abcès métastatiques dans les poumons. Une fois c'était sur une fille de quatorze ans, morte au douzième jour d'une affection typhoïde ataxique, sur laquelle je trouvai, avec les ulcérations des plaques de Peyer, de très-nombreuses ecchymoses sous-pleurales, des noyaux d'apoplexie pulmonaire, et au centre de deux de ces noyaux deux abcès métastatiques bien fermés. Dans un autre cas, ce fut sur une enfant guérie de la fièvre typhoïde, mais ayant des eschares; elle mourut de résorption purulente, avec des abcès multiples du poumon, et il est probable que les eschares furent l'origine des accidents. Voici le fait, on en jugera :

OBSERVATION V. — *Fièvre typhoïde; ulcérations intestinales guéries; mort. Eschare; abcès métastatiques.* — Julie Bouillet, quatorze ans, 16 janvier 1857. — Cette enfant est souffrante depuis quinze mois et se plaint surtout des articulations. Au retour d'une fête à l'occasion du nouvel an, elle est prise de lassitude, se met au lit; depuis ce moment, elle a eu une épistaxis, des douleurs épigastriques très-vives, de la diarrhée jaune, grande prostration, puis du délire; des cris la nuit dernière; elle est devenue sourde depuis peu.

Cette enfant est maigre, assez grande, offre quelques signes de puberté, mais on ne sait si elle est réglée; — décubitus dorsal avec résolution complète des membres; le visage exprime la stupeur; les narines sont pulvérulentes, les lèvres sèches, fuligineuses; l'enfant ne peut rendre compte de ce qu'elle éprouve; elle paraît un peu sourde, et se plaint continuellement; — langue sèche, brune, soif fréquente, pas de vomissements ni de garde-robes; le ventre est tendu, ballonné, généralement douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite, couvert de quelques taches rosées lenticulaires.

(1) Bouchut, *Gazette des hôpitaux*, 1875.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1874.

(3) *Des complications cardiaques dans la fièvre typhoïde.* (*Gazette des hôpitaux*, 1875.)

L'enfant tousse un peu, la résonance de la poitrine est bonne et l'on y entend du râle sibilant partout; pas de sommeil; plaintes continuelles, sans délire, peau chaude, sèche; pouls, 140. (Cataplasmes: ipéca, 1 gramme; citrate de magnésie, 8 grammes.) Le soir, pouls, 132.

Le 18, pas de vomissements ni de garde-robes; ventre modérément tendu, faiblement douloureux, avec des taches lenticulaires à la surface; plaintes continuelles, pas de sommeil, pas de délire, peau chaude, sèche; pouls, 136. (Ipéca, 1 gramme; émétique, 25 centigrammes.)

Le 19, pas de vomissements, selles abondantes, liquides, jaunes. Même état de prostration et d'accablement, avec plaintes continuelles pendant la nuit, sans délire. (Eau rougie, limonade, vin, bouillon coupé.)

Le 20, pas de vomissements, trente selles très-peu abondantes, volontaires, ventre aplati, douloureux, gargouillement dans toute l'étendue, langue humide, poisseuse; la prostration et l'adynamie sont moins grandes, la surdité a diminué, l'enfant suit des yeux et commence à parler; peau modérément chaude; pouls, 120. (Eau rougie et bouillon coupé.)

Le 21, pas de selles; même état général, mais abattement plus grand; pouls, 122, très-faible. (Eau rougie, bouillon.)

Le 22, pas de selles, état général identique, langue sèche et polie, ventre douloureux; pouls, 120.

Le 23, deux selles liquides, ventre douloureux et taches lenticulaires, prostration moins grande; pouls petit, 120.

Le 24, deux selles liquides, jaunes, peu abondantes; ventre légèrement tendu, toujours douloureux, avec gargouillement; une tache lenticulaire, langue sèche, rouge, soif fréquente, pas de vomissements, toux sèche, fréquente, avec râle sibilant des deux côtés de la poitrine; pas de sommeil, hyperesthésie cutanée. (Bouillon, eau rougie.)

Le 25, plusieurs selles liquides avec quelques fragments solides; le ventre aplati, douloureux, pas de vomissements; langue humide, lèvres sèches, dépouillées; soif fréquente; elle demande à manger; mauvais sommeil troublé par de l'agitation, pas de délire; pouls, 120. (Bouillon.)

Le 26, plusieurs garde-robes liquides, ventre légèrement tendu, toujours très-douloureux, avec une ecchymose sous-cutanée près de l'ombilic; langue dépouillée, rose, humide, soif fréquente; la toux persiste, et il y a des deux côtés de la poitrine des râles muqueux abondants; mauvais sommeil; peu de délire; plaintes continuelles; pouls, 120.

Le 27, plusieurs selles liquides de même nature; soif fréquente; ventre toujours tendu, douloureux, sans gargouillement; même prostration; plaintes continuelles, sommeil agité; cependant le visage est meilleur, le regard suit les objets, et l'enfant demande à boire et à aller à la selle; pouls, 121, petit. (Bains, eau rougie, bouillon.)

Le 28, même état; plusieurs selles; il s'est fait une eschare au sacrum.

Le 29, selles liquides, mais un peu moins fréquentes; même état de faiblesse; pouls, 112. (Bouillon, eau rougie.)

Le 30, plusieurs garde-robes liquides; ventre aplati, toujours douloureux, n'ayant pas de taches lenticulaires, mais quantité de petites pétéchies formant taches ecchymotiques. Quelques ecchymoses sous-cutanées s'observent également sur les jambes; l'eschare du sacrum se détache, elle n'est pas agrandie et n'intéresse que la superficie du derme; peu de sommeil; agitation et plaintes continuelles, sans délire; toux assez fréquente, sèche, avec râles sibilants dans la poitrine; pouls extrêmement faible, 112. (Pain, bouillon, eau rougie; 60 grammes, vin de quinquina, bains.)

Le 31, plusieurs selles liquides peu abondantes; soif fréquente; langue humide, bon appétit; peu de sommeil; agitation et plaintes continuelles; décubitus latéral à cause de l'eschare du sacrum qui ne fait pas de progrès et qu'on lave avec de la glycérine; pouls, 94-100, extrêmement faible.

Le 1^{er} février, quelques vomissements; la diarrhée continue; pouls, 100.

Le 2, plusieurs selles liquides peu abondantes; pas de vomissements; même état de prostration et d'adynamie; l'amaigrissement augmente malgré la nourriture; de nouvelles taches ecchymotiques se sont produites sur les membres; l'eschare augmente en longueur, et plusieurs bulles d'ecthyma sanguinolent se sont produites sur la jambe

et la cuisse gauche; pouls, 116. (Bouillon, vin de quinquina, sous-nitrate de bismuth, 1 gramme, eau rougie.)

Le 3, plusieurs selles abondantes; pas de vomissements; pouls, 92; très-dépressible, mais plus large; les pustules d'ecthyma ne se sont pas développées. (Bains.)

Le 4, plusieurs selles peu abondantes; vomissements nombreux dans la journée d'hier; langue rosée, humide, couverte d'un peu de muguet; le pouls excessivement petit, 120; pas de sommeil; plaintes continuelles; pas de vomissements; plusieurs selles peu abondantes, liquides; ventre aplati, douloureux; les taches de purpura ont notablement diminué et il ne s'en est pas fait de nouvelles; même état des eschares; pouls, 120. (Bouillon.)

Les 6, 7, 8 et 9, même état.

Le 10, l'enfant est morte avec toute sa connaissance d'une façon presque subite au moment où elle venait de demander à boire.

Autopsie. — **Intestins.** — Les parois de l'intestin grêle étaient amincies, leur surface interne marbrée de plaques colorées en rouge par l'injection des vaisseaux; on ne découvrait pas de plaques de Peyer distinctes, mais on retrouvait à leur siège habituel des surfaces oblongues d'une couleur un peu plus foncée, d'un aspect moins uni, moins lisse que la muqueuse avoisinante; chacun de ces espaces avait la grandeur d'une plaque normale.

Dans la plupart d'entre elles, on découvrait de petites dépressions circulaires ou ovales, de la grandeur d'un pois, tapissées par une membrane lisse qui passait sans interruption de la surface de l'intestin au fond de cette dépression, en formant au pourtour de l'orifice de ce petit godet très-aplati un petit bourrelet, c'étaient autant d'ulcérations cicatrisées.

Le foie était volumineux, pâle, un peu gras.

Les reins étaient volumineux, pâles, blanchâtres, mous, gras.

Les poumons paraissent sains au premier aspect, à part le lobe inférieur du poumon droit. Cette partie était rougeâtre, lourde, résistant sous le doigt, non aérée, et plongeait au fond de l'eau. On voyait des globules à divers degrés de congestion; à la coupe, on retrouvait ce même aspect et de plus de très-petites taches jaunes, les unes disséminées, les autres groupées; la pression les vidait et en faisait sourdre des gouttelettes de pus visqueux.

Dans le reste de ce poumon et dans le gauche, on trouvait disséminés sept petits corps, d'un jaune très-pâle, situés sous la plèvre qu'ils soulevaient comme autant de tubercules, de la grosseur d'un petit pois; mais ce n'étaient pas des tubercules.

En les fendant, on trouvait le tissu pulmonaire sain autour d'eux, et on les trouvait formés par une petite poche à parois lisses contenant un pus jaunâtre visqueux; en général, la cavité était unique, à part l'une d'elles qui était formée par plusieurs petites vacuoles, régulièrement ovoïdes et s'ouvrant toutes dans un espace commun.

17° *Invagination intestinale.* — Les invaginations sont très-rares dans la fièvre typhoïde, mais il en a été publié un cas par le docteur Pernet (1). Dans ce cas relatif à un enfant de deux ans, qui a guéri, il y a eu invagination et élimination de 50 centimètres d'intestin.

Diagnostic. — Dans l'enfance, le diagnostic de la fièvre typhoïde présente des difficultés qu'il n'offre que très-rarement chez l'adulte. Outre que dans les deux premières années de la vie, toute distinction rigoureuse avec l'entérite simple est impossible, à un âge plus avancé, les embarras du diagnostic sont encore quelquefois très-considérables.

La fièvre typhoïde peut être confondue avec la fièvre éphémère, avec la méningite, avec la phthisie granuleuse aiguë, et avec l'entérite simple.

Le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde avec la *fièvre éphémère* n'est pas difficile, car celle-ci dure de vingt-quatre heures à trois jours, et la durée des

(1) Pernet, *Gazette des hôpitaux*, 1873, p. 226.

phénomènes fébriles auxquels se joignent de la diarrhée, de la douleur de ventre et de la céphalalgie, peut aisément lever tous les doutes.

L'entérite simple peut facilement simuler la fièvre typhoïde, surtout chez les enfants d'un à trois ou quatre ans, époque de la vie où l'on observe assez souvent de la diarrhée fébrile. L'erreur entre ces deux maladies a lieu très-fréquemment, et, il faut bien le dire, dans quelques cas, il n'y a aucun moyen de l'éviter. Toutefois en comparant les symptômes de l'entérite simple à ceux de l'entérite typhoïde, on trouve quelques différences que je vais signaler.

Dans l'entérite simple, la diarrhée commence la scène morbide, tandis que dans la fièvre typhoïde il n'y a pas de diarrhée, ou, s'il y en a, elle ne vient qu'après un ou deux jours de malaise et de fièvre.

Dans l'entérite simple, l'appétit persiste; il est nul dans la fièvre typhoïde.

Dans l'entérite, les douleurs du ventre sont générales, tandis que dans l'affection typhoïde elles sont localisées dans la fosse iliaque droite.

Dans l'entérite, enfin, les enfants ne toussent pas, tandis que dans la fièvre typhoïde il existe de la toux et du râle sibilant, ronflant ou muqueux.

Dans la fièvre typhoïde, enfin, il peut y avoir des épistaxis, de la céphalalgie, de l'agitation, du délire, des fuliginosités sur les lèvres et sur les dents, des taches rosées lenticulaires, et dans la seconde enfance de la stupeur et une prostration considérable.

La *méningite tuberculeuse*, bien que cela puisse sembler étrange, peut être prise pour une fièvre typhoïde, et réciproquement. Cette difficulté n'existe presque que dans l'enfance, et cela tient à ce que, dans certains cas de fièvre typhoïde, le début est caractérisé par de la fièvre, un vomissement et de la constipation. Cela fait comprendre l'erreur sans l'excuser. Que le doute règne pendant les deux ou trois premiers jours, je l'admets; mais un peu plus tard on peut se prononcer, car dans la méningite, les vomissements sont plus fréquents et plus abondants, la constipation est plus grande, l'*ophthalmoscope permet de voir une congestion périlapillaire, un œdème partiel de la papille avec dilatation, flexuosité et caillots des veines de la rétine, un exsudat rétinien qui n'existent pas dans la fièvre typhoïde*; de plus, dans les phlegmasies méningées, la constipation est difficile à vaincre par les lavements, il n'y a pas de toux ni de râles dans la poitrine, et, chose importante, le pouls est fréquent, irrégulier, ce qui n'a pas lieu dans l'affection typhoïde. Enfin, après quelques jours de fièvre, le pouls tombe complètement dans la méningite, de façon à faire croire que les enfants sont guéris. Erreur fâcheuse! vingt-quatre heures après cette rémission, le pouls se relève en restant toujours irrégulier, du strabisme s'établit, des cris aigus et isolés, hydrocéphaliques, se font entendre, et les convulsions ou la paralysie emportent bientôt les enfants.

Dans la fièvre typhoïde, au contraire, les symptômes vont en augmentant chaque jour peu ou beaucoup; il n'y a pas de rémission complète de la fièvre, la maladie croît ou décroît d'une façon régulière jusqu'à la guérison ou la mort.

Si la *phthisie granuleuse aiguë* peut être confondue avec la fièvre typhoïde, ce n'est jamais chez les jeunes enfants. L'erreur n'est possible que chez des sujets de sept à quinze ans, car c'est à cet âge seulement que la tuberculisation aiguë des poumons se montre comme maladie primitive. La tuberculisation aiguë débute comme une bronchite, avec de la toux et de la fièvre, sans phénomènes gastriques et intestinaux, sans ballonnement du ventre ni taches rosées lenticulaires, sans épistaxis ni délire, et il n'y a que la stupeur et l'abattement qui puissent faire croire à une affection typhoïde. On évitera l'erreur en étudiant avec soin la marche des symptômes, et si l'on a vu paraître d'abord la fièvre et les autres phénomènes

généraux d'inappétence, de diarrhée, précédant de plusieurs jours la toux et les signes fournis par l'auscultation, il est probable qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde. La marche attentive des accidents et l'existence d'une *névro-rétine tuberculeuse* ou de *tubercules dans la choroïde* suffisent d'ailleurs pour dissiper toute espèce d'incertitude.

Pronostic. — La fièvre typhoïde des enfants est une maladie dont la gravité varie suivant la forme et d'après l'intensité de l'influence épidémique qui la produit.

Il y a des moments de l'année où la plupart des fièvres typhoïdes guérissent, et d'autres, au contraire, où la mortalité est très-considérable. Le pronostic n'est pas absolument en rapport avec l'intensité des symptômes, car des fièvres typhoïdes, légères en apparence, se terminent mal, tandis que l'on voit des fièvres typhoïdes à forme grave se terminer très-heureusement. A cet égard, le pronostic est extrêmement difficile comme dans toutes les maladies spécifiques, là où il n'y a pas de rapports constants entre les lésions et les symptômes.

La fièvre typhoïde muqueuse et la fièvre typhoïde inflammatoire sont les moins graves de toutes; elles se terminent ordinairement d'une manière favorable dans la seconde enfance, mais, chez les jeunes enfants, la mort peut en être la conséquence. Dans ce cas, la diarrhée persiste, produit l'amaigrissement, l'état cachectique, et c'est dans une sorte de marasme aigu que succombent les enfants.

La fièvre typhoïde adynamique et la fièvre ataxique sont très-graves. Elles guérissent mieux que chez l'adulte, mais la mort en est aussi très-souvent la conséquence. On peut prévoir cette terminaison, lorsqu'il y a un coma absolu, une prostration très-forte, de la carphologie, du tremblement de la langue et des lèvres, du hoquet, des selles involontaires avec eschares au sacrum, une température vespérale de 42 degrés, enfin un pouls qui dépasse 160 pulsations.

Anatomie pathologique. — Quand la fièvre typhoïde occasionne la mort, on trouve souvent sur le cadavre des lésions qui expliquent un certain nombre des symptômes observés pendant la vie. Bien qu'il n'y ait pas de rapport constant entre les symptômes observés et les lésions, car, dans certains cas, ces lésions sont nulles ou peu appréciables, il n'importe pas moins d'en faire une étude attentive et complète.

Sous l'influence des miasmes typhoïdes qui produisent la fièvre de ce nom, il se fait dans les liquides et dans les solides des altérations nombreuses qui n'apparaissent qu'après les premiers symptômes, exactement comme dans les fièvres éruptives, l'exanthème succède aux symptômes de la période d'invasion.

Ces lésions existent dans le sang, dans le cœur, dans les muscles, dans les organes digestifs, cérébraux et respiratoires.

1° *Sang.* — Aucune analyse n'a été faite pour démontrer que chez les enfants atteints de la fièvre typhoïde, le sang soit altéré comme chez l'adulte. Toutefois, il est permis de croire que, dans l'un et l'autre cas, les altérations sont semblables. On peut supposer que la fibrine est un peu au-dessous de sa proportion normale, et a perdu ses propriétés plastiques. De plus, il faut admettre que chez l'enfant, comme chez l'adulte, c'est le sang qui est le véhicule du ferment ou miasme typhoïde, composé de bactéries, lequel se répand dans tous les organes pour anéantir leur tonicité, produire les congestions et autres lésions septicémiques. J'ai fait plusieurs fois l'analyse des globules, et il m'a paru qu'il y avait souvent diminution des globules rouges et parfois augmentation des globules blancs. Dans un cas grave avec abcès multiples j'ai trouvé 2 et 3 millions seulement avec 12 — 15 et 21 000 blancs.

2° *Muscles.* — Les muscles sont pâles, et les faisceaux primitifs perdent leurs striations transversales, s'infiltrent de granulations et subissent au dernier terme une

désagrégation considérable (Zenker). Cette lésion se trouve dans d'autres maladies graves.

3° *Appareil digestif.* — Dans les intestins, existent des traces d'inflammation de la muqueuse et des glandes isolées ou agminées qu'elle renferme en si grand nombre. La muqueuse présente çà et là, principalement à la fin de l'intestin grêle, des arborisations capillaires plus ou moins étendues, surtout autour des plaques de Peyer malades.

Les follicules isolés, dits glandes de Brunner, sont ordinairement *hypertrophiés*; il en est de même des plaques de Peyer, qui deviennent très-apparences, rouges, et qui sont tuméfiées dans toute leur épaisseur. Les unes présentent un piqueté noirâtre, semblable à celui d'une barbe récemment faite, et les autres sont recouvertes par une membrane muqueuse, épaissie, rouge infiltrée, de matière blanchâtre, lactescente. Il y a ainsi de deux à trente plaques apparentes dans l'intestin grêle, et elles sont d'autant plus rapprochées qu'on s'approche du cæcum. Dans le gros intestin, existe également une hypertrophie des follicules isolés avec des arborisations capillaires plus ou moins étendues de la muqueuse. Ces altérations, quelquefois peu développées, sont souvent les seules qui existent dans l'intestin des enfants qui meurent de la fièvre typhoïde. Sont-elles, comme on l'a dit, caractéristiques de la maladie? Je ne le crois pas, car dans presque tous les cas d'entérite simple des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, cette même lésion existe, ainsi que Hervieux l'a démontré, et ainsi que je l'ai vu bien des fois. De plus, elle existe également dans la scarlatine, dans certains cas de phthisie, et dans un grand nombre de maladies graves. Sous cette forme *hypertrophique*, la lésion des plaques et des follicules de l'intestin n'a donc rien de spécial à la fièvre typhoïde, fait nosologique important et qui contredit toutes les notions acceptées sur l'anatomie pathologique de cette maladie, faite seulement à l'âge adulte.

Cette *hypertrophie* des plaques de Peyer observée dans la fièvre typhoïde et dans plusieurs autres maladies de l'enfance, reste à l'état d'hypertrophie pendant toute la durée de la maladie, car c'est ainsi qu'on la trouve encore chez des enfants qui succombent au vingtième ou au vingt-cinquième jour. A cette époque, elle devrait être suivie d'ulcération, ce qui n'a pas lieu chez tous les enfants. Il est donc évident qu'elle peut disparaître chez les enfants qui guérissent sans offrir d'autre modification, et qu'elle peut se résoudre par absorption. En somme, dans certains cas de fièvre typhoïde, surtout dans la *forme muqueuse et inflammatoire*, il peut n'y avoir aucune altération des plaques de Peyer, ou bien cette altération peut être bornée à une hypertrophie qui s'observe ailleurs dans plusieurs autres maladies, et cette hypertrophie peut se terminer par résolution.

Chez d'autres enfants, les altérations des plaques de Peyer et des follicules isolés de Brunner ressemblent aux altérations ordinaires de la fièvre typhoïde observée chez l'adulte. Les plaques sont rouges, gonflées, d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche de la valvule iléo-cæcale, elles offrent à leur surface des ulcérations plus ou moins larges et plus ou moins profondes. Rarement, ces plaques sont *dures*, infiltrées à leur base de cette matière blanchâtre, comme fibrineuse, que Vogel appelle *matière typhique*, et qui ressemble tellement au tubercule sous le microscope, qu'on ne peut l'en distinguer. Ordinairement, les plaques gonflées sont *molles*, et quand elles sont *ulcérées*, elles présentent des solutions de continuité, petites, irrégulières, n'occupant qu'un point de la plaque, ou, au contraire, une grande partie de son étendue. Ces *ulcérations* sont plus ou moins nombreuses. Leurs bords sont irréguliers, rouges, livides, déchiquetés, taillés à pic et assez élevés. Le fond est grisâtre, couvert de matières fécales liquides, et au-dessous, la surface inégale

offre quelquefois des fragments de matière grise, jaunâtre, fibrineuse. Quand l'ulcération dure depuis longtemps, elle creuse en profondeur, détruit la muqueuse, et arrive jusqu'au péritoine, qu'on reconnaît par sa transparence. On comprend, dans ce cas, que le moindre effort puisse provoquer une déchirure occasionnant la perforation de l'intestin.

Quand les enfants succombent à une période très-avancée de la maladie, au bout de six semaines ou plus tard, par suite d'une maladie accidentelle, ce qui arrive quelquefois, on trouve les plaques à demi ou complètement cicatrisées. Ces plaques conservent une coloration brune, ardoisée, avec une dépression sur le point ulcéré. En ce point, s'est refait une nouvelle membrane, mince, qui, plus tard, ainsi qu'on l'a démontré chez l'adulte, formera une muqueuse de nouvelle formation. Taupin a eu l'occasion de voir un intestin de fièvre typhoïde, trois mois après la guérison, et voici ce qu'il a trouvé : « Plaques de l'iléum saillantes, pâles avec des orifices agrandis ; celles de la valvule iléo-cæcale confluentes, inégales, frangées, sans dépression très-marquée ; mais à un pied de la terminaison de l'intestin grêle, j'ai pu voir un point déprimé, dans lequel la muqueuse était plus mince, transparente, plus adhérente, et sous laquelle les fibres musculaires manquaient entièrement, tandis qu'on les voyait reparaître dans tous les sens au niveau de la dépression.

Les follicules de Brunner sont, tantôt hypertrophiés et remplis d'un liquide peu épais, semblables à du muco-pus, tantôt enfin ulcérés à une profondeur plus ou moins considérable. L'altération n'existe pas sur tous les follicules ni sur chacun d'eux au même degré ; elle n'en occupe qu'un certain nombre, quelquefois peu considérable.

En même temps qu'existent ces lésions, il y a dans l'intestin un certain nombre d'entozoaires, des tricocephales dans le cæcum, et des lombrics dans l'iléum, le jéjunum et l'estomac. Ils ne sont pas toujours très-nombreux, mais il est rare de ne pas en rencontrer. On a fait jouer jadis un rôle considérable à ces entozoaires, car on les considérait comme la cause des accidents morbides, et l'on a souvent appelé fièvre vermineuse la forme muqueuse de notre fièvre typhoïde. C'est là un problème qu'il n'est pas aisé de résoudre. Toutefois, si dans certains cas les lombrics donnent lieu à une entérite fébrile que guérissent les anthelminthiques, la fièvre typhoïde, en créant un milieu nouveau par la formation de matières stercorales particulières, favorise l'éclosion des œufs de vers contenus normalement dans l'intestin. C'est ce qui explique la fréquence des lombrics dans cette maladie.

A la double altération des follicules et des plaques de l'intestin, se rattache celle des ganglions mésentériques, car partout où il y a une plaie, les ganglions lymphatiques correspondants sont malades. C'est un principe de pathologie générale qui ne souffre pas d'exception. Les ganglions du mésentère deviennent très-apparents. On en voit un très-grand nombre. Ils sont rouges, plus ou moins volumineux, et varient du volume d'un grain de mil à celui d'une petite noisette. Quelques-uns sont violacés, ramollis, et il y en a qui renferment un liquide rougeâtre, boueux ou blanchâtre, lactescent. L'altération est d'autant plus forte que les lésions de l'intestin sont plus étendues, et que les ulcérations sont plus nombreuses.

Il faut tenir grand compte de cette hypertrophie des ganglions mésentériques pour la vérification du diagnostic après la mort, parce que, comme l'hypertrophie simple des plaques de Peyer, si commune dans beaucoup de cas de fièvre typhoïde, ne prouve rien, puisqu'on la rencontre dans plusieurs autres maladies, notamment dans l'entérite, il faut prendre en considération cette lésion des ganglions mésentériques qui existe dans la fièvre typhoïde à un degré beaucoup plus marqué que dans l'entérite.

Le foie est normal dans les cas de fièvre muqueuse ; il est volumineux, ramolli, partiellement décoloré dans les cas de fièvre adynamique.

La bile est alors assez généralement liquide, verdâtre, décolorée.

La rate est souvent grosse, ramollie, friable, et son tissu noirâtre, boueux, se laisse aisément déchirer sous la pression du doigt.

Sauf les cas de perforation intestinale qui amènent l'inflammation du péritoine, cette séreuse n'est point altérée dans la fièvre typhoïde.

4° Cœur. — Le cœur présente souvent, sur les valvules mitrales et tricuspides, une endocardite végétante, caractérisée par la tuméfaction rouge granuleuse du bord libre de la valvule et par des concrétions fibrineuses des tendons valvulaires. Ces concrétions, en se détachant, peuvent former des infarctus viscéraux et des embolies du cerveau, des poumons, ou de la peau, etc.

5° Organes respiratoires. — Le larynx est rarement malade et on n'y voit point cette laryngite typhoïde nécrosique qui a été signalée sur l'adulte par Piorry. Une seule fois seulement sur les milliers de fièvres typhoïdes que j'ai observés, il m'a été donné de constater en 1875, une aphonie dont la cause anatomique était une ulcération profonde des cordes vocales, et chez cette enfant il y avait un noyau de gangrène pulmonaire. — Les poumons sont toujours le siège d'une congestion plus ou moins considérable, en même temps que les bronches sont remplies de mucus ou d'écume. Dans les poumons, les lésions existent toujours à la partie postérieure et latérale des lobes inférieurs, et à la base du lobe supérieur. Le tissu est plus lourd, en partie imperméable, mais facile à insuffler. Il est d'un rouge noirâtre, et la surface présente l'aspect d'un granit sombre à fond livide. On y voit des lobules pulmonaires juxtaposés, à différents degrés de congestion, les uns roses, les autres rouges, les autres bruns, les autres violacés ou livides, formant un assemblage singulier d'apparence granitique. A l'intérieur, le tissu mou, peu crépissant, présente des altérations semblables, et l'on y sent des noyaux plus ou moins durs formés par des lobules enflammés. Sur la coupe, on voit ces lobules différemment congestionnés, de différente couleur, conserver l'aspect spongieux du poumon normal ; mais çà et là, sur les lobes plus durs, le tissu ressemble à celui de la rate et constitue la splénisation lobulaire. Dans quelques cas, enfin, avec la splénisation il y a de l'hépatisation lobulaire rouge et grise, caractérisant la pneumonie. Deux fois j'ai vu de véritables noyaux de gangrène pulmonaire, sans odeur pendant la vie et caractérisés par un ramollissement pulpeux, noirâtre et verdâtre parfaitement circonscrit.

Chez certains enfants, il y a des granulations tuberculeuses demi-transparentes, ou des tubercules à l'état cru, ramollis ou à l'état crétaqué : ce sont là de simples coïncidences (1).

Ailleurs, enfin, il y a de nombreuses ecchymoses de la plèvre, de petits noyaux d'apoplexie pulmonaire avec ou sans foyer purulent central, de petits abcès du poumon entourés d'une zone de pneumonie, et c'est ce qu'on pourrait considérer peut-être comme la conséquence d'une résorption purulente. Dix-huit fois j'ai rencontré des abcès de ce genre, et il m'a semblé qu'ils n'avaient d'autre cause que la résorption du pus sécrété par les ulcères de l'intestin ou des plaies formées par les eschares, et je les ai considérés comme des abcès métastatiques. On pourrait encore les considérer comme le résultat d'embolies artérielles pulmonaires dues à la migration des fragments de fibrine déposés sur les valvules enflammées du cœur.

6° Système nerveux. — Le cerveau et les méninges, lorsque les fonctions céré-

(1) Voy. PHTHISIE.