

scrofule et la tuberculose d'une part, et le rachitis de l'autre.

Dans la majorité des cas, la mort n'est pas due seulement à l'intensité de la cachexie rachitique, mais à la production de quelque maladie intercurrente. J'ai déjà fait allusion à la relation qui existe entre le spasme de la glotte et l'ossification imparfaite du crâne, qui est une des manifestations les plus précoces de la maladie ; et il n'est pas rare que les enfants rachitiques soient enlevés, ou par un spasme laryngé manifeste, ou par quelque autre forme de ces convulsions qui, dans le cas où la dentition se fait mal et tardivement, se manifestent souvent. Quand la maladie se développe dans la très-jeune enfance, il n'est pas rare, aussi, de la voir unie à une forme lente d'hydrocéphalie chronique qui se développe pendant le trouble fébrile de l'organisme. L'épanchement, dans ces cas, n'est jamais très-considérable, mais la tête prend la forme ordinaire propre à l'hydrocéphalie ; tandis que la déformation du squelette est souvent si insignifiante qu'à moins d'étudier attentivement l'histoire du malade, on peut laisser passer complètement inaperçu le rapport qui existe entre l'hydrocéphalie et le rachitis. On apprend pourtant que les symptômes ne se sont point montrés d'une manière aiguë, mais sont survenus graduellement ; que leur apparition n'a eu lieu que vers le cinquième ou le sixième mois au plus tôt, et que le développement du crâne a été précédé de transpirations abondantes à la tête. Les enfants qui sont dans cet état paraissent fortement atteints, leur émaciation est en général très-considérable, et les fonctions digestives s'accomplissent très-mal. Le plus souvent ils succombent à quelque attaque de diarrhée intercurrente, ou sont enlevés par des convulsions vers le début du travail de la dentition. Toutefois, la bronchite est le plus grand ennemi des rachitiques. La déformation de la poitrine est, comme vous le savez, la preuve, et aussi bien la cause que la conséquence de l'accomplissement imparfait de la respiration ; pendant qu'un état emphysémateux des poumons, dû à la même cause, se montre habituellement dans tous les cas de déformation considérable du thorax. Il suffit d'une bronchite relativement légère pour s'opposer à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires, produire de cette façon le collapsus de portions considérables du poumon, et amener promptement, d'une manière inattendue, la mort, là où chez un autre enfant

on n'aurait eu affaire qu'à un catarrhe ou à une grippe relativement légers.

Le traitement du rachitis ne doit pas nous retenir longtemps, car, malgré l'importance de la maladie, les règles qu'il faut avoir présentes à l'esprit au sujet de sa prophylaxie et de son traitement sont extrêmement simples. Le mauvais air et le défaut de ventilation sont les deux causes principales ; causes qu'il est souvent difficile, quelquefois impossible, de faire disparaître chez les pauvres. Il n'est pas rare de les rencontrer même dans les familles relativement à l'aise. Les nurseries sont encombrées, l'enfant couche dans un berceau profond, enveloppé dans des couvertures trop chaudes et ne respirant, pendant des heures, que l'air qui se trouve renfermé par les rideaux et les parois du berceau, et qui souvent est encore rendu plus impur par le manque de la propreté la plus méticuleuse de la part de la nourrice. Si à cela on ajoute la tentative d'élever l'enfant, sinon entièrement du moins en grande partie, à l'aide d'une alimentation artificielle, nous avons la réunion des deux conditions les plus propres à engendrer le rachitis.

Faites-les disparaître ; mettez l'enfant au sein d'une nourrice bien portante, dans une chambre vaste, et dans un berceau qui permette l'accès libre de l'air, apportez la plus grande attention aux soins de propreté, et l'amélioration se montrera presque immédiatement. Quand la maladie est avancée, ajoutez à toutes ces précautions l'habitation à la campagne, ou, mieux encore, au bord de la mer, et vous êtes sûr de voir se produire une amélioration, alors même que des déformations marquées se sont produites.

Alors que l'enfant grandit et qu'une alimentation autre que le lait maternel devient nécessaire, évitez, aussi, de donner une alimentation exclusivement farineuse. Le thé de lœuf, à l'âge de huit ou neuf mois, et à quinze un peu de viande peu cuite, sont toujours bons, en même temps que le lait forme une partie importante de la diète.

Il n'y a pas de spécifique contre le rachitis ; rien qui puisse fournir, sous une forme où elle soit assimilable, la matière calcaire qui manque aux os ; et l'idée que le phosphate de chaux, donné en fortes quantités, est de nature à produire directement la guérison, n'est qu'une erreur physiologique. Le fer et l'huile de foie de morue sont les deux grands remèdes sur lesquels,

ici, comme dans d'autres maladies cachectiques, nous devons surtout compter. Leur emploi prolongé exige qu'on fasse grande attention à l'état des fonctions des organes digestifs ; mais de simples apéritifs, comme la rhubarbe et la magnésie, l'huile de ricin, ou le sirop de séné, sont préférables aux préparations mercurielles, qui sont souvent employées sans motif suffisant.

Il serait superflu de vous parler du traitement de toutes les complications auxquelles, comme je vous l'ai dit, le rachitis doit surtout son danger. La diarrhée, le spasme laryngé, et la bronchite, doivent être traités d'après les règles que j'ai déjà établies. Un point, toutefois, doit être constamment présent à l'esprit : c'est que, puisque le rachitis est une maladie de faiblesse, toutes ses complications doivent être traitées avec pleine connaissance de ce fait. La saignée et les antiphlogistiques sont hors de propos ; il faut, dans tous les cas, adopter un mode de traitement tonique.

QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON.

DES FIÈVRES.

Elles appartiennent surtout à la classe des exanthèmes. — Erreurs en ce qui concerne la fièvre simple dans la seconde enfance. — Son identité avec celle de l'adulte.

DE LA FIÈVRE RÉMITTENTE. — Elle est identique à la fièvre typhoïde, ce qui est un nom plus convenable. — Elle a deux degrés. — Symptômes de la forme bénigne. — De la forme grave. — Signes de la convalescence. — Causes de la mort. — Diagnostic. — Traitement.

DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE. — Particularités qui la caractérisent dans l'enfance.

Nous voici arrivés à la dernière partie de ces leçons, savoir à l'étude des maladies fébriles qui s'observent pendant la première et la seconde enfance. Elles appartiennent, pour le plus grand nombre, à la classe des exanthèmes, maladies caractérisées, comme vous savez, par des symptômes très-tranchés, une marche très-régulière, et cette particularité qu'elles ne se montrent habituellement qu'une fois dans le cours de la vie. Ces caractères ont toujours attiré l'attention des praticiens, et peu de maladies de l'enfance ont été étudiées d'aussi près, ou décrites avec autant d'exactitude que la petite vérole, la rougeole, et la scarlatine. Il ne sera par conséquent pas nécessaire de consacrer autant de temps à leur étude que nous l'avons fait pour d'autres maladies, qui, moins importantes, ont été l'objet de la part des auteurs d'une description moins exacte et moins complète.

Pendant que les caractères accusés et toujours les mêmes

des fièvres éruptives s'imposaient à l'attention de tous les observateurs, ceux moins bien définis et variables des fièvres continues ont été masqués par les différences entre ce qu'ils sont dans l'enfance et à l'âge adulte, à ce point que la maladie survenant au début de la vie fut pendant longtemps presque entièrement méconnue, et que pendant plus longtemps encore sa nature fut mal comprise. Bien des auteurs, il est vrai, même des plus anciens, ont parlé des fièvres comme se montrant chez les enfants de tout âge; mais sous ce nom ils confondaient plusieurs maladies dans lesquelles le trouble fébrile n'était que la sympathie de l'ensemble du système avec quelque désordre local. Ces erreurs furent surtout fréquentes dans le cas de diverses affections abdominales, dont beaucoup s'accompagnent d'un degré marqué de fièvre sympathique, pendant que leurs symptômes, sous d'autres rapports, sont si obscurs que l'imperfection du diagnostic, aux anciens temps, ne permettait pas d'en découvrir la véritable nature. Avec les progrès de la science médicale, un grand nombre de ces affections furent remises à leur véritable place; mais, toutefois, les descriptions de fièvres dites *fièvre rémittente*, *fièvre vermineuse*, *fièvre hectique des enfants*, manquent encore d'un caractère défini, et sont évidemment le résultat de la réunion de symptômes d'affections diverses. On supposa que la maladie décrite sous ces diverses dénominations était une fièvre symptomatique due à une altération gastrique, ou intestinale, et dont la production n'avait lieu que pendant les premières années de la vie; pendant que l'absence du frisson bien accusé qui, d'habitude, marque l'invasion de la fièvre chez l'adulte, la rareté d'une efflorescence quelconque à la peau, et le chiffre relativement bas de la mortalité, concouraient à faire passer inaperçue la relation étroite qui existe entre cette maladie et la fièvre continue de l'adulte.

Il n'y a pas lieu de s'étonner que l'identité de la fièvre continue, à des périodes différentes de la vie, ait été méconnue, tant que les différents types de la maladie chez l'adulte, présentant pourtant des différences essentielles, furent confondus les uns avec les autres. La distinction entre le typhus et la fièvre typhoïde, que nous devons à sir W. Jenner, fut un pas marqué vers ce but; et ceci une fois fait, l'analogie entre la dernière de ces affections chez l'adulte et la fièvre rémittente de l'enfant ne pouvait rester longtemps inaperçue.

Nous devons à M. Rilliet (1) des recherches très-conscientieuses sur ce sujet, d'où ressort la preuve d'une ressemblance si étroite entre les deux maladies, que tout doute eu égard à leur identité disparaît par le fait.

L'une et l'autre sont produites par les mêmes influences hygiéniques défectueuses; elles ont la même marche, la même durée; et de même, bien qu'affectant en général des individus isolés, elles sont l'une et l'autre épidémiques, à certains moments. D'intensité variable à ce point que, dans quelques cas, le séjour au lit pendant quelques jours est à peine nécessaire, et que dans d'autres le patient s'en tire à grand-peine sain et sauf, la médecine n'a pas été encore en état de couper court même à leurs formes les plus douces. Enfin, bien que les affections locales liées à l'une et à l'autre varient beaucoup suivant les cas, nous trouvons, pourtant, en toute circonstance, cet assemblage de symptômes qui nous donne l'idée d'une fièvre. Si de l'examen des symptômes, pendant la vie, nous passons à la recherche des traces laissées par la maladie dans les cas où elle est mortelle, nous trouverons des preuves de plus de la relation étroite qui existe entre la fièvre de l'enfant et celle de l'adulte.

Le développement, la tuméfaction, et les ulcérations des glandes de Peyer, sont les lésions les plus fréquentes dans les deux maladies; et dans chaque cas, ces lésions sont d'autant plus avancées et d'autant plus étendues qu'on se rapproche davantage de la valvule iléo-cœcale. Dans les deux, les ganglions mésentériques sont hypertrophiés, gonflés, d'une coloration rouge plus ou moins prononcée, et offrent manifestement une augmentation de vascularité. En même temps, le ramollissement de la rate, la congestion des poumons, celle des enveloppes cérébrales, sont des lésions qui se trouvent dans ces deux cas. Il n'y a, pourtant, pas plus chez l'enfant que chez l'adulte de relations entre l'intensité de la lésion intestinale et celle des symptômes; et il n'y a pas de raison pour regarder la maladie comme le simple effet d'une sympathie de l'organisme avec un certain désordre local dans le premier cas, qui ne puisse également être alléguée en ce qui concerne le dernier.

Dans l'un et dans l'autre, les symptômes sont l'expression de

(1) De la fièvre typhoïde chez les enfants (*Thèse de la Faculté*, 1840, et *Traité des maladies des enfants*, vol. II, p. 663).

l'influence de la maladie sur toute l'économie, du désordre qu'elle occasionne dans les principales fonctions, et forment une partie essentielle de la maladie elle-même, plutôt qu'ils ne sont les effets secondaires de certaines lésions de l'intestin (1).

S'il en est ainsi, nous devons contribuer fortement à faire disparaître des erreurs que le temps a rendues populaires, en cessant à l'avenir d'employer l'expression de fièvre rémittente infantile, et en ne parlant, comme le font les écrivains français, que de fièvre typhoïde chez les enfants (2).

Forme bénigne de la fièvre typhoïde. — Les différences d'intensité qu'une maladie peut présenter dans les différents cas ne forment pas, en général, une bonne base pour établir une classification de ses variétés ; mais dans le cas de la fièvre typhoïde, les différences entre ses formes, bénigne et grave, sont assez grandes pour nous les faire adopter comme point de départ d'une division en deux classes. Dans les cas de la *première forme, ou bénigne*, la maladie s'établit, en général, d'une manière très-lentement croissante, à ce point que les parents d'un enfant qui en est atteint sont incapables de dire exactement à quel moment cette maladie a commencé. L'enfant perd sa gaieté, l'apparence de la santé, son appétit disparaît, et la soif devient vive ; pendant le jour il est indolent et triste, un peu somnolent vers le soir ; les nuits se passent souvent sans sommeil, ou celui-ci est entrecoupé et non réparateur ; et tous ces symptômes surviennent sans aucune cause évidente et ne s'accompagnent d'aucune maladie définie. Dès que l'attention des parents est mise en éveil, on s'assure bientôt que la peau est souvent plus chaude et plus sèche qu'à l'ordinaire, bien que de temps à autre il y ait une transpiration assez abondante, et sans cause, qui

(1) Chomel. *Leçons de clinique médicale; Fièvre typhoïde*, p. 281.

(2) Le Dr Marchinson, dont le *Traité sur les fièvres continues* (in-8°, Londres, 1862) a paru depuis la quatrième édition de ces *Leçons*, a proposé comme plus convenable le nom de fièvre pythogénique (*pythogenic fever*), en raison de ses rapports avec le drainage incomplet du sol et autres causes semblables. Aucun de ceux qui consulteront ce livre ne manquera de rendre hommage à l'un des plus remarquables monuments d'investigation patiente, d'originalité de pensée et de lucidité d'exposition dont notre littérature médicale se soit enrichie pendant la génération actuelle.

dure quelque temps, et laisse le malade sans aucun soulagement. Il y a quelquefois du relâchement d'entrailles au début de la maladie, ou s'il n'en est pas ainsi, la médication ne tarde pas à le produire ; un simple apéritif, même des plus doux, provoquant trois ou quatre évacuations chaque jour, pendant trois ou quatre jours. Dans quelques cas rares, il y a plutôt un certain degré de constipation au début de la maladie, qui ne disparaît que sous l'influence de moyens actifs ; mais il n'en est pas souvent ainsi, et quand ce cas se présente c'est plus souvent, je crois, dans la forme grave què dans la forme bénigne.

Les matières évacuées sont de mauvaise nature, habituellement diarrhéiques, d'une couleur jaune ocre, et se séparent par le repos en une masse floconneuse, et une partie liquide qui surnage ; caractères qui deviennent plus marqués pendant la seconde semaine de la maladie. La langue est en général plutôt un peu sèche, rouge à la pointe et sur les bords, légèrement recouverte au centre d'un mucus blanc, à travers lequel se montrent les papilles d'un rouge plus foncé. L'abdomen est souple, bien qu'il y ait une certaine quantité de gaz dans l'intestin ; et en général la pression ne cause pas de douleur. Ces caractères durent souvent pendant tout le cours de la maladie, bien que, quelquefois, vers le milieu de la seconde semaine, la pression devienne douloureuse de l'un ou de l'autre côté, surtout du droit. Le pouls est en général accéléré dès le début même de la maladie, quelquefois il l'est à un haut degré, mais il est loin d'y avoir un rapport direct entre la chaleur de la peau et la fréquence du pouls. Accidentellement, il existe une petite toux, mais ce symptôme manque souvent dans la forme bénigne de la maladie. De même que les symptômes de la maladie surviennent d'une manière très-lente, de même ils restent souvent pendant plusieurs jours sans présenter de changement important d'un jour à l'autre, si même il y en a, et bien que le malade soit loin de paraître également mal à tous les moments de la journée ; et ce sont précisément ces rémissions et ces exacerbations périodiques qui ont valu à la maladie son nom de fièvre rémittente. Dans quelques cas, on peut observer dans les vingt-quatre heures deux exacerbations et deux rémissions distinctes, mais dans la majorité des faits il n'y en a qu'une de bien marquée. L'enfant, qui pendant le jour a été faible et abattu, mais capable encore d'être distrait, et avait plutôt l'apparence de relever d'une maladie que d'être réelle-

ment malade, devient, à l'approche de la nuit, mal à l'aise, congestionné vers la face, et fiévreux; et, quelquefois, de légers frissons annoncent l'exacerbation fébrile du soir. Il paraît s'endormir et demande à ce qu'on le mette au lit, où quelquefois, il dort, bien que d'une manière agitée, jusqu'au matin. Durant la seconde semaine, les nuits deviennent en général pires qu'elles n'étaient à une période moins avancée de la maladie; l'enfant a la peau très-chaude et sèche, il dort les yeux à moitié ouverts, parle en dormant, s'éveille souvent pour demander à boire, et parfois a un léger délire. Il s'éveille de bonne heure, pâle et fatigué, mais vers 9 ou 10 heures du matin il semble avoir recouvré en partie sa gaieté et paraît passablement bien pendant les trois ou quatre heures qui suivent; mais quand le soir approche, il paraît être fatigué et avoir envie de dormir, de nouveau apparaît le paroxysme fébrile, et la nuit qui suit ressemble tout à fait à celle qui l'a précédée. Quelquefois, outre l'exacerbation du soir, il y en a une autre vers 11 heures du matin, dont l'enfant s'est à peine remis quand commence celle plus intense de la soirée. En approchant de la guérison on voit disparaître la seconde exacerbation longtemps avant que le paroxysme vespérien cesse de se produire, et il n'est pas rare de voir une légère menace de l'exacerbation du soir continuer à se produire longtemps après que l'enfant sous les autres rapports paraît tout à fait bien. C'est pendant la seconde semaine que les taches rosées caractéristiques de la fièvre typhoïde se montrent, généralement, s'il doit en exister; mais elles sont souvent très-peu nombreuses et il n'est pas rare de les voir manquer complètement. A la fin de la seconde ou au commencement de la troisième semaine, les symptômes commencent à s'amender, l'action des intestins est mieux réglée, le caractère des évacuations est plus naturel, la langue devient plus nette et plus humide, la soif diminue et les exacerbations du soir deviennent moins longues et moins intenses; en même temps, on voit la gaieté reparaitre progressivement pendant le jour, et l'aspect de la santé reparaitre sur la physionomie. La convalescence, même après une fièvre bénigne, s'établit rarement avant la fin de la troisième semaine, et jusque-là, l'enfant reste en général extrêmement faible, et fortement émacié; la perte de l'embonpoint et des forces est tout à fait hors de proportion avec l'intensité de la maladie, et les progrès vers la guérison complète sont d'habitude très-lents.

Il arrive, quelquefois, qu'après un début marqué par des symptômes relativement bénins, la fièvre typhoïde prend un caractère grave, dans le cours de la seconde semaine. Dans la majorité des cas, toutefois, la *forme grave* de la maladie donne quelque preuve de son existence très-près du début du mal.

Forme grave. — Elle débute, habituellement, par des vomissements accompagnés dans beaucoup de cas de mal de tête, ou par un degré très-accusé d'assoupissement ou de pesanteur de tête. En même temps que ces symptômes, existent les caractères fébriles qui marquent le début de la forme bénigne, mais, en général, ici, leur intensité est proportionnelle à la gravité de la maladie; et quelquefois, on observe de véritables frissons alternant avec la chaleur de la peau, ou précédant les exacerbations du soir. Dans le plus grand nombre des cas, les vomissements qui marquent le début ne se reproduisent pas au delà du second ou troisième jour de la maladie; mais il y a à ceci quelques exceptions; et comme le vomissement est généralement plus marqué dans les cas où il y a constipation, il y a quelque danger de méconnaître la véritable nature du mal, et de regarder l'irritabilité de l'estomac comme un signe de l'approche d'une affection cérébrale. Il arrive, aussi, que l'envie de dormir, au début de la maladie, est puissante à ce point, que j'ai vu un enfant tomber endormi deux ou trois fois pendant son déjeuner. En même temps que l'étourdissement, et l'impossibilité de marcher droit, faisaient encore plus fortement incliner vers l'idée qu'il était atteint de quelque maladie du cerveau. L'un et l'autre de ces états sont toutefois exceptionnels; et bien qu'il soit abattu et somnolent, l'enfant ne veut pas, en général, rester au lit; pendant que, durant la nuit, il est d'habitude très-agité, s'éveille souvent tout alarmé ou parle beaucoup. Son aspect est bientôt celui d'un malade accablé par la fièvre, et à la fin de la première ou au commencement de la seconde semaine, on voit, en général, que l'enfant est tombé dans un état de stupeur, d'où il ne paraît pas aimer qu'on le tire. La peau est à la fois chaude et sèche; la température s'élevant, souvent, plus haut que dans aucune autre maladie, à l'exception de la scarlatine, et dans un petit nombre de cas atteignant jusqu'à 40°,50 centigr. Mes observations sur l'époque de l'apparition de l'éruption cutanée ne sont ni

assez nombreuses, ni assez précises, pour que je me fie à leur autorité.

MM. Rilliet et Barthez font observer que rarement elle arrive au quatrième jour, et que l'époque la plus ordinaire de son apparition est du sixième au dixième jour; de même, la durée de son existence, et le nombre des taches, sont sujets à de grandes variations. Dans les cas les plus nombreux de beaucoup, l'éruption à quelque époque que ce soit est extrêmement peu abondante; souvent, en dépit de l'examen attentif fait chaque jour sur mes malades de l'hôpital des Enfants, je n'ai pu découvrir que deux ou trois taches, et celles-ci ne sont restées visibles que pendant deux ou trois jours seulement; il arrive, d'ailleurs souvent, que de nouvelles taches apparaissent, pendant que d'autres s'effacent, durant plusieurs jours consécutifs. Il m'est arrivé de constater l'existence d'une éruption abondante, trente ou quarante taches se trouvant à la fois répandues sur la surface de l'abdomen, mais c'est là un fait complètement exceptionnel. Je n'ai observé ces éruptions abondantes que dans la forme grave de la maladie; mais il n'y a pas de rapport constant entre l'abondance de l'éruption et l'intensité de la fièvre; et dans quelques-uns des cas les plus graves, l'examen le plus minutieux n'a pas réussi à faire découvrir les taches rosées caractéristiques, à une époque quelconque de la maladie. Dans quelques cas rares, il se produit des sueurs profusés, mais qui paraissent n'avoir rien de critique.

Le pouls est très-fréquent, et je l'ai vu se maintenir à 146 à la minute, pendant plusieurs jours, lors de la période d'augmentation de la fièvre, chez un enfant âgé de huit ans. Une toux fréquente et pénible existe souvent pendant la première semaine; des ronchus, de la sibilance et accidentellement des râles crépitants, se font entendre le plus souvent des deux côtés à la fois. Il arrive aussi que la respiration reste accélérée pendant plusieurs jours consécutifs, sans qu'il existe aucun autre signe d'une altération pulmonaire sérieuse, et revient graduellement à sa fréquence normale à mesure que les symptômes fébriles tombent. La sensibilité douloureuse de l'abdomen devient habituellement évidente avant que la première semaine soit écoulée, mais très-fréquemment le malade n'accuse pas de douleur, même dans les cas graves, si ce n'est sous l'influence de la pression; mais celle-ci manque rarement, ou même jamais, de déterminer des

manifestations de souffrance, ou même de provoquer des plaintes positives.

Pendant la première semaine, le ventre reste souple et normal, même lorsqu'il est un peu sensible; plus tard il est un peu distendu par les gaz, et on peut souvent percevoir la sensation de gargouillement par la pression sur l'une ou l'autre des régions iliaques; rarement le ventre est fortement tympanisé. Il existe habituellement de la diarrhée, qui toutefois n'est pas en général sévère et est bornée à quatre ou cinq garde-robes dans les vingt-quatre heures. Au début, la langue est d'habitude plus chargée que dans la forme bénigne; une bande sèche se montre bientôt vers le centre et, par degrés, la langue devient uniformément sèche, rouge, et comme vernie, ou bien encore, mais moins souvent, est recouverte en partie de saburre.

Dans le cours de la seconde semaine, le malade tombe, en général, dans une profonde stupeur, état qui dans bien des cas alterne avec le délire. Quelquefois il y a de la divagation presque depuis le commencement de la maladie; dans d'autres, le délire n'est que passager, se montrant seulement pendant la nuit, ou le jour, lorsque l'enfant se réveille. Il arrive, mais non habituellement, que le délire est bruyant, et il n'est pas rare que l'enfant cherche à sortir de son lit. L'agitation et le délire, bien que pouvant exister pendant le jour, dans les cas graves, éprouvent toutefois une aggravation marquée pendant la nuit. Une fois ou deux, j'ai vu un délire violent survenir vers le soir, l'enfant criant et vociférant pendant toute la nuit, pour tomber dans un état de stupeur pendant le jour. L'enfant paraît alors presque ou tout à fait inconscient de ce qui se passe autour de lui; les évacuations se font sans qu'il en ait le sentiment, et souvent il paraît insensible au besoin de boire, qui dans les premiers temps de la maladie le tourmentait à un si haut degré. Mais cette stupeur, produit de la fièvre, est si différente du coma qui survient dans les affections cérébrales, et l'insensibilité qui la caractérise est si loin d'être aussi profonde, qu'on peut à peine les confondre. Une fois seulement j'ai vu survenir des convulsions chez un enfant de deux à trois ans, qui en même temps que ses deux frères était atteint d'une fièvre typhoïde très-intense.

Les convulsions, qui se reproduisirent pendant deux jours consécutifs, au milieu de la troisième semaine, furent suivies de la paralysie d'un côté, qui persista, tout en diminuant graduelle-

ment, pendant quatre jours. Cet enfant avait perdu le sentiment même avant leur apparition, et resta dans cet état pendant plusieurs jours, tout en reprenant par moments connaissance. Même lorsque la maladie est le plus grave, il est rare qu'il se produise souvent des soubresauts, ou des mouvements de chasse aux flocons; mais il arrive souvent que, pendant la convalescence longue et accidentée, l'enfant fouille dans son nez jusqu'à le faire saigner, ou produise des plaies à l'extrémité des doigts, ou en quelque autre partie du corps, à force d'arracher de ces points tout ce qu'il peut y saisir. Le malade, à la fin de la seconde semaine, quelquefois plus tôt, est réduit par la persistance de ces symptômes au degré le plus extrême d'émaciation, et à un état en apparence désespéré; mais il n'est pas d'autre maladie de l'enfance dont la guérison ait plus souvent lieu, en dépit même des symptômes les plus défavorables. Les signes du rétablissement sont, en somme, les mêmes que ceux qui annoncent la guérison d'un adulte atteint de fièvre; mais celui-ci m'a paru se faire toujours d'une manière graduelle, et, en aucun cas, n'être le résultat d'un phénomène critique. Les bords de la langue recommencent d'abord à redevenir humides, le pouls perd de sa fréquence, le délire cesse par degrés, le repos de la nuit est plus calme. Ces symptômes d'amendement se montrent, en général, environ un peu avant le milieu de la troisième semaine; mais dans beaucoup de cas l'enfant reste encore inconscient pendant plusieurs jours après leur apparition. Il ne parle pas, ne reconnaît ni ne remarque personne, et la mère, cherchant une fois de plus à se faire reconnaître de l'enfant qu'elle chérit et voyant chaque jour le regard d'intelligence lui manquer, ne peut avoir confiance dans les assurances que nous pouvons lui donner. Elle perd le courage et l'espérance, à un moment où le danger est réellement presque passé. A la longue on constate un regard, un sourire, un geste, mais pas encore un mot, et lentement, très-lentement, les fonctions intellectuelles se rétablissent et la parole reparait enfin. Les premiers indices d'amendement peuvent toutefois être regardés comme une promesse presque certaine de la guérison complète; mais il est bon de se souvenir qu'il n'est pas de maladie du jeune âge dans laquelle les facultés mentales, bien que finissant à la longue par revenir à leur état normal, restent aussi longtemps dans un état de faiblesse et de torpeur que dans la fièvre typhoïde. Bien que les symptômes

d'amélioration soient très-rarement trompeurs, la fièvre, dans ces cas graves, ne peut guère être regardée comme terminée avant le trentième jour, quelquefois même avant la fin de la sixième semaine. La convalescence est d'ailleurs presque toujours très-lente, et interrompue par des alternatives de moins bien.

Dans les quelques cas, et d'après mon expérience personnelle ils sont très-rares, dans lesquels la fièvre typhoïde des enfants se termine par la mort (1), celle-ci est rarement le résultat des complications que l'on voit assez souvent survenir chez l'adulte pendant le cours de cette maladie; mais les forces vitales s'épuisent sous l'influence de la gravité de l'affection générale, dont les symptômes prennent de plus en plus le caractère typhoïde. C'est vers la fin de la seconde, ou au commencement de la troisième semaine, que la mort a le plus souvent lieu dans ces conditions. Je l'ai vue dans un cas ne survenir que le vingt et unième jour, et dans un autre à la fin de la cinquième semaine; mais dans ces deux cas, la gangrène de la bouche survint alors que les symptômes généraux les plus alarmants avaient commencé à disparaître, et c'est à elle que la mort de l'enfant dut être surtout attribuée. Une autre fois, une perforation intestinale enleva l'enfant trente-six jours après le début, alors qu'il paraissait s'avancer régulièrement vers la guérison. Il arrive que la terminaison fatale se produit quelquefois peu après la première semaine, au milieu des signes d'un désordre cérébral qui met au second plan les symptômes généraux de l'état fébrile. De l'insomnie et une grande agitation avec cris perçants, suivis de mouvements convulsifs, qui à leur tour cèdent la place au coma au milieu duquel meurt l'enfant, tels sont les signes de cet état. A l'autopsie on ne trouve rien de plus qu'une certaine exagération de la vascularité de la substance cérébrale et de ses enveloppes.

Diagnostic. — Les difficultés du diagnostic ont été inutilement

(1) Sur 84 cas de fièvre typhoïde soignés par moi à l'hôpital des Enfants, 11 furent mortels. Je pense que c'est là une moyenne beaucoup plus élevée que celle qui résulterait de la pratique en ville, bien que MM. Rilliet et Barthez établissent que la mortalité dans leur pratique privée a été de un sur dix. La mortalité de un sur quatre, à l'hôpital des Enfants malades de Paris, est manifestement due à des maladies intercurrentes contractées à l'hôpital plutôt qu'à la fièvre elle-même.