d'isoler les malades. Les varicelles gangreneuses ou suivies de néphrite sont seules à redouter, mais elles sont trop exceptionnelles pour qu'on doive en tenir compte dans le pronostic, lorsqu'il s'agit d'un enfant doué d'une bonne constitution.

TRAITEMENT. — Vu la bénignité de la varicelle, la thérapeutique de cette affection se bornera aux quelques précautions hygiéniques usitées dans les fièvres légères. On cherchera à prévenir les affections secondaires et les cicatrices en désinfectant les vésicules ulcérées avec l'alcool boriqué ou l'eau de Cologne. La crainte de la néphrite fera recommander quelques précautions contre le froid pendant la convalescence.

NATURE. — La varicelle a été souvent confondue avec la variole, et plusieurs auteurs (Rilliet et Barthez, Hebra) ne l'ont considérée que comme une forme atténuée de cette affection ; de là son nom de *petite vérole volante*. Cette opinion n'a pour elle que la ressemblance des deux éruptions à leur début et le fait qu'on a observé quelquefois en même temps des épidémies de l'une et de l'autre maladie. Nous avons déjà exposé, à propos du diagnostic entre la varicelle et la varioloïde, les différences symptomatiques qui établissent à notre avis une distinction absolue entre ces deux affections, mais les motifs tirés de l'étiologie ont plus de valeur encore et mettent hors de doute la spécificité de la varicelle. Nous allons les exposer brièvement :

1° La varicelle ne préserve pas de la variole. Les faits qui l'établissent sont si nombreux qu'il est presque inutile de les citer ; mentionnons cependant l'expérience de Valentin, qui inocula avec succès la variole à un convalescent de varicelle, et les cas observés par Trousseau, Meyer, Sharkey, etc., d'enfants qui prirent la variole dans la convalescence d'une varicelle.

2° La variole ne préserve pas de la varicelle ; c'est ainsi que l'un de nous a observé le cas d'un enfant de deux mois qui fut pris d'une éruption de varicelle vingt-cinq jours après le début d'une variole.

3° La varicelle n'empêche pas la réussite de la vaccination ; tous les vaccinateurs ont pu s'en convaincre. Senator et Tordeus, en particulier, ont vacciné avec succès un grand nombre d'enfants après la varicelle. Marduel et Seymour ont même vu tous deux la vaccination réussir, lorsqu'elle avait été pratiquée à la fin d'une éruption varicellique.

4° La vaccine ne préserve pas de la varicelle. Ici les faits surabondent, et il n'est pas de médecin qui n'ait pu en constater ; ainsi Tordeus rapporte que, sur 38 enfants atteints de varicelle dans une petite épidémie observée à Bruxelles, 30 avaient été vaccinés avec succès peu de temps auparavant.

5° La varicelle est très difficilement inoculable, puisque l'inoculation de cette affection, essayée maintes fois, n'avait jamais réussi avant les tentatives de Steiner et de d'Heilly, tandis que l'inoculation de la variole a été longtemps une pratique courante ; en outre, l'inoculation de la variole n'a jamais reproduit que la variole et celle de la varicelle que la varicelle.

6° Les épidémies de varicelle sont beaucoup plus fréquentes que celles de variole, et celles-ci ne coïncident pas toujours avec elles. Au milieu de beaucoup d'autres preuves, les faits réunis par Gintrac et les recherches de Baader sur les épidémies de variole et de varicelle à Bâle suffisent pour l'établir.

7° On ne peut citer aucun fait probant dans lequel la variole se serait transmise par contagion sous forme de varicelle et *vice versa* ; les quelques cas qu'on pourrait alléguer appartenaient très probablement à la varioloïde.

CHAPITRE VII

FIÈVRE TYPHOÏDE

Longtemps confondue avec d'autres maladies aiguës, sous le nom de *fièvre rémittente infantile*, la fièvre typhoïde des enfants n'est bien connue et décrite que depuis la thèse inaugurale de Rilliet (1840). Elle diffère peu par ses symptômes de ce qu'elle est chez l'adulte dans les formes graves ; au contraire, elle a été souvent méconnue dans ses formes légères.

ÉTIOLOGIE. — La fièvre typhoïde est due, comme l'ont prouvé les recherches bactériologiques de ces dernières années, à l'infection de l'économie par un bacille spécifique décrit pour la première fois par Eberth. Cette infection se fait presque toujours par le tube digestif, où le bacille pénètre avec les boissons ou avec l'air infecté qui est avalé. Des plaques de Peyer, où il se multiplie, il se répand dans les tissus et forme de nouvelles colonies, soit dans les ganglions mésentériques, soit dans la rate, quelquefois aussi dans le foie. Il a été retrouvé dans le sang et dans les taches rosées lenticulaires ; il existe en grande quantité dans les selles, qui sont un agent de propagation très important de la maladie. Les bacilles ne passent en général dans l'urine que lorsque cette dernière contient une certaine quantité d'albumine. Petruschky (1) a constaté chez quelques convalescents de fièvre typhoïde des décharges bacillaires énormes dans l'urine qui rendaient celle-ci éminemment infectieuse. C'est pro-

(1) Petruschky, *Centralbl. f. Bakter.*, 1898, p. 577.

bablement par ce liquide que se propagent certaines épidémies.

La fièvre typhoïde, loin d'être rare dans l'enfance, comme le croyaient Louis et Chomel, peut même, dans certaines épidémies, être plus fréquente à cet âge que pendant l'adolescence, l'âge de la plus grande réceptivité typhique. Starck a vu 100 cas sur 152 chez des enfants dans l'épidémie qui sévit à Kiel de juin 1884 à février 1885. Dunant (1) a démontré pour l'épidémie de Genève de 1884, qui atteignit 2,501 personnes, qu'en calculant le rapport entre le nombre des cas et celui des habitants pour chaque âge, il y a eu 16 typhiques pour 1,000 de 0 à 5 ans, 44 de 5 à 10 ans, 49 de 10 à 15 ans, 45 de 15 à 20 ans et seulement 33 de 20 à 30 ans. Le maximum de réceptivité a donc été représenté par la seconde enfance (de 10 à 15 ans). La maladie serait surtout commune entre 5 et 9 ans d'après Friedrich, Friedleben, Henoch, entre 9 et 14 ans d'après Rilliet et Barthez. Sur 271 fièvres typhoïdes traitées dans le service d'enfants de Cadet de Gassicourt, 65 seulement avaient éclaté avant 8 ans; les autres étaient comprises entre cet âge et 15 ans. Cette fréquence de la maladie dans l'enfance s'explique par le mode d'infection habituelle, l'eau de boisson (eau de puits, de rivière) contaminée par le bacille typhoïde; c'est à cet âge en effet qu'on boit le plus d'eau.

Tous les auteurs sont d'accord sur la rareté de la fièvre typhoïde dans les deux premières années de la vie; néanmoins, plusieurs cas ont été observés chez des nouveau-nés (Charcellay, Rilliet, Bednar, Hecker, etc.), et il est probable que leur nombre serait plus grand si la difficulté du diagnostic à cet âge ne les faisait pas souvent méconnaître (2).

D'après Rilliet et Barthez, les garçons seraient frappés beaucoup plus souvent que les filles; suivant d'autres statistiques et nos propres observations, la prédominance du sexe masculin, quoique habituelle, est peu sensible.

Un mode d'infection qui paraît atteindre particulièrement l'enfance a été signalé dans un certain nombre d'épidémies, c'est le *lait*, probablement contaminé par l'eau de coupage (3). Les recherches récentes ont démontré d'ailleurs que le lait est un excellent milieu de culture pour le bacille d'Eberth.

La fièvre typhoïde est une affection essentiellement primitive, qui se développe de préférence chez les enfants robustes et bien portants. Elle est endémique en Europe et présente de temps à autre, surtout en été et en automne, des recrudescences qui peuvent

(1) Dunant, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1887, p. 378.

(2) Voir les observations intéressantes publiées par Ollivier dans : Leçons cliniques, etc. Paris, 1889, pp. 361 et suivantes.

(3) Hart compte en Angleterre 50 épidémies dues au lait, comprenant environ 3,500 cas (*Congrès international médical de Londres*, 1881). Auerbach a observé à Cologne une épidémie de fièvre typhoïde qui a atteint principalement les femmes et les enfants et qui provenait d'un lait infecté (*Deutsche med. Woch.*, 1884, p. 709).

prendre les proportions d'une épidémie. La propagation de la fièvre typhoïde a lieu plus souvent par infection que par contagion. Nous n'avons jamais vu chez les enfants un exemple bien constaté de transmission directe de la maladie; tous les cas que nous avons observés dans les hôpitaux venaient du dehors et, même dans les moments où les salles étaient encombrées de typhiques, nous n'avons pas vu d'enfant contracter la fièvre typhoïde à l'hôpital. Notre maître Barthez avait fait la même remarque à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Une nourrice atteinte de fièvre typhoïde peut-elle transmettre la maladie à son nourrisson par l'allaitement? La question ne paraît pas résolue. Ainsi, d'une part, Hérard cite le cas d'un enfant de sept mois nourri par une mère typhique, qui prit la maladie et mourut en six jours. D'autre part, Gerhardt a eu l'occasion d'observer cinq nouveau-nés qui ont été nourris impunément par leur mère atteinte de fièvre typhoïde; mais dans un sixième cas, où la mère succomba trois jours après avoir cessé l'allaitement, l'enfant présenta bientôt les symptômes pathognomoniques de la maladie, dont il guérit.

La fièvre typhoïde peut être communiquée à l'enfant dans le sein de sa mère à travers le filtre placentaire et détermine alors presque toujours l'accouchement prématuré. Le bacille d'Eberth a été trouvé à plusieurs reprises chez des fœtus morts dans ces conditions.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'altération caractéristique des plaques de Peyer se retrouve chez l'enfant, comme chez l'adulte, mais elle est moins marquée, moins avancée, et pourrait même, d'après Rilliet et Barthez, faire complètement défaut dans quelques cas. Les plaques molles sont beaucoup plus fréquentes que les plaques dures; les ulcérations sont rares et les perforations intestinales exceptionnelles. Ces différences s'effacent à mesure qu'on se rapproche de la puberté. L'hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques est généralement très marquée chez les enfants (Kaulich).

Parmi les complications, la broncho-pneumonie et les lésions cérébrales sont plus fréquentes que chez l'adulte. Dans la forme méningitique, qui est spéciale à l'enfance, la pie-mère et la substance grise des circonvolutions sont vivement injectées, les méninges adhèrent par places au cerveau, et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est quelquefois le siège d'une suffusion séreuse.

DESCRIPTION. — Nous distinguons, comme Rilliet et West, deux formes dans la fièvre typhoïde des enfants : une forme légère et une forme grave. La première est de beaucoup la plus fréquente, les phénomènes nerveux qui constituent l'état typhoïde étant en général beaucoup moins marqués chez l'enfant que chez l'adulte, malgré des élévations thermiques considérables.

FORME LÉGÈRE. — Le passage de l'état de santé à la maladie confirmée est souvent insensible. L'enfant perd l'entrain et l'appétit; il se fatigue facilement, son sommeil est agité. Quand on peut suivre la maladie dès le début des accidents, on observe une assez forte élévation de la température dans la soirée avec rémissions matinales; on constate ainsi que la fièvre devient chaque jour plus accentuée et que les prodromes se confondent avec la maladie elle-même.

Au bout de six à huit jours, l'abattement devient plus considérable; vers la fin de la journée, la peau est brûlante, les yeux sont brillants, les joues vivement colorées; il y a un peu d'agitation qui alterne avec de la somnolence. Dans la matinée, au contraire, l'enfant est dispos, il a la peau fraîche et le teint naturel. Cette différence entre le matin et le soir justifie le nom de *fièvre rémittente infantile*, donné à cette forme de la fièvre typhoïde par quelques auteurs.

Vers la fin du premier septénaire, on constate en général les symptômes suivants : Le ventre est tuméfié, tantôt indolent, tantôt douloureux à la pression au niveau de la fosse iliaque droite; la rate est développée, et, chez les petits enfants, peut être facilement sentie au-dessous du rebord costal. Il y a le plus souvent, mais non toujours, quelques *taches rosées lenticulaires* à la base du thorax ou sur l'abdomen. L'urine est rare, fébrile, haute en couleur et contient parfois un peu d'albumine. La diarrhée s'est établie spontanément dès le début ou bien a persisté après une purgation; les selles sont très liquides, mais il y a rarement plus de deux ou trois évacuations dans les vingt-quatre heures. Parfois au contraire, on observe de la constipation et le petit malade ne va à la selle que sous l'action des purgatifs. On entend le plus souvent des râles ronflants ou sibilants disséminés dans le thorax malgré l'absence de toux. Les enfants se plaignent de la tête et ont parfois des épistaxis; vers le soir, ils sont agités et délirent quelquefois pendant la nuit. La température, qui a atteint dès le troisième ou le quatrième jour 39° à 40° dans la soirée, présente, à partir du sixième ou du huitième jour, de fortes rémissions matinales, caractéristiques pour la fièvre typhoïde légère.

Les symptômes restent les mêmes ou diminuent rapidement d'intensité durant le cours de la seconde semaine. Les rémissions matinales deviennent toujours plus marquées, et, en général, à partir du onzième au quinzième jour, la température est redescendue à la normale le matin, tandis que le soir elle se maintient encore entre 38°,5 et 39°,5. On ne peut considérer la maladie comme terminée qu'au moment où l'apyrexie est complète le soir comme le matin, ce qui arrive, dans la forme légère, du treizième au vingt et unième jour.

Nous avons observé plusieurs cas de *fièvre typhoïde abortive*, caractérisés cependant par l'hypertrophie splénique et quelques taches rosées, dont la durée n'a pas dépassé huit ou dix jours; ces cas

correspondent à la fièvre synoque des anciens auteurs. Wolberg (1) a observé sur 227 fièvres typhoïdes infantiles 23 cas abortifs dans lesquels la fièvre et les autres symptômes caractéristiques n'ont pas duré plus de huit jours.

La forme *apyrétique* qui a été décrite chez l'adulte par Vallin (2), s'observe aussi dans le jeune âge. Svehla (3) a retiré le bacille d'Eberth du sang et de l'urine d'un enfant qui n'avait été atteint pendant une douzaine de jours que de diarrhée, de symptômes d'embarras gastrique et d'un peu d'abattement, sans avoir jamais présenté de fièvre.

La convalescence est le plus souvent rapide et complète, malgré la faiblesse et l'amaigrissement de l'enfant, qui sont hors de proportion avec la bénignité et la courte durée de la maladie.

FORME GRAVE. — Début. — La forme grave s'annonce souvent dès le début par des vomissements, une céphalalgie intense, de la constipation et parfois par des frissons. Dès les premiers jours aussi, on observe des symptômes inquiétants du côté du système nerveux; pendant le jour, il y a de la somnolence, de l'assoupissement; pendant la nuit, de l'agitation, du délire, et, chez les jeunes enfants, parfois des convulsions.

Plus rarement, le début est le même que dans la forme légère; l'invasion des symptômes est graduelle, et il y a de la diarrhée dès le commencement.

La fièvre acquiert rapidement une grande intensité; la température atteint 40° ou 40°,5 le troisième ou le quatrième jour, et *s'y maintient d'une façon continue sans rémissions marquées* pendant dix à quinze jours.

Période d'état. — Quel qu'ait été le début, l'état de l'enfant *s'aggrave notablement au commencement de la seconde semaine.* Le ventre, qui, dans le premier septénaire, était plat et parfois même rétracté, se ballonne et devient sensible à la pression, dans la fosse iliaque droite surtout. On voit apparaître souvent quelques taches, rarement plus de trois ou quatre à la fois sur l'abdomen. Les épistaxis sont plus fréquentes à cette période qu'au début. La constipation fait place à la diarrhée, qui persiste dès lors et constitue un des symptômes prédominants. Les selles sont très fréquentes et très abondantes; il y en a rarement moins de quatre ou cinq dans les vingt-quatre heures. D'abord volontaires, elles deviennent involontaires dans tous les cas où le délire et l'adynamie sont très accentués. Les matières évacuées, d'un jaune ocre, se séparent par le repos en deux couches, l'une floconneuse qui occupe le fond du vase, l'autre

(1) Wolberg, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XXVII, p. 28.
(2) Vallin, *Arch. gén. de méd.*, nov. 1873.
(3) Svehla, *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1896, p. 225.

liquide, qui surnage (West). Plus les selles sont fréquentes, plus la partie liquide augmente par rapport à la partie solide.

En même temps, la langue devient rouge, comme vernissée, tantôt collante, tantôt sèche et râpeuse, mais elle n'est jamais fuligineuse comme chez l'adulte. Les gencives sont plus ou moins boursouflées, recouvertes parfois de petites plaques molles blanchâtres, les lèvres sont presque toujours sèches ou légèrement croûteuses (Rilliet). Dans quelques cas, on observe une véritable stomatite avec de petites ulcérations (E. Revilliod) (1).

La figure exprime l'hébétude et la torpeur. L'enfant est indifférent à ce qui se passe autour de lui, mais se réveille facilement dès qu'on cherche à fixer son attention et répond des yeux, sinon des lèvres, aux questions qu'on lui fait. Les joues, qui sont très pâles le matin, prennent dans la soirée une coloration d'un rouge violacé. La nuit est toujours agitée ; le sommeil n'est pas naturel, c'est un assoupissement accompagné de rêvasseries et de délire.

La respiration est rapide et anxieuse, dans la soirée surtout ; l'auscultation ne révèle que quelques râles sonores disséminés. L'urine est toujours chargée de sels et légèrement albumineuse.

Tels sont les symptômes communs à toutes les formes graves de la fièvre typhoïde dans sa période d'état. Mais souvent, à ce moment, quelques-uns d'entre eux deviennent prédominants et donnent à la maladie une physionomie particulière ; ce sont tantôt les symptômes respiratoires, tantôt les symptômes nerveux.

On a décrit sous le nom de *forme thoracique* les cas où la respiration s'accélère notablement, où l'on observe des râles fins, humides et abondants à la partie déclive des poumons, où le visage devient violet, couperosé, où la toux est fréquente et le facies dyspnéique. Cet ensemble de symptômes, qui se rapporte plutôt à une hypostase pulmonaire et à une paralysie vaso-motrice qu'à une inflammation proprement dite de l'appareil respiratoire, est habituel chez les enfants dès que l'adynamie est très accentuée ; moins il y a de signes physiques pour expliquer l'asphyxie commençante, plus le pronostic est grave, car alors la dyspnée est en rapport avec la malignité de la fièvre.

Parmi les *symptômes nerveux* prédominants, quelques-uns, tels que le délire, l'assoupissement, la miction et les selles involontaires, n'offrent rien de spécial à l'enfance. D'autres, au contraire, qui simulent la *méningite*, sont particuliers aux jeunes enfants et ont donné lieu parfois à des erreurs de diagnostic. Ces syptômes méningitiques peuvent apparaître dès le début ou éclatent seulement dans le cours de la maladie ; ce sont des convulsions rarement générales, limitées le plus souvent aux muscles de l'œil ou de la face ; du côté

(1) E. Revilliod, *Thèse de Paris*, 1886, p. 17.

des yeux, on observe du strabisme, de l'inégalité des pupilles, de l'injection et de la sensibilité à la pression du globe de l'œil, ainsi qu'un froncement habituel des sourcils. En même temps l'assoupissement typhique peut se transformer en un coma profond. Dans certains cas, le visage s'illumine de rougeurs subites, et on peut obtenir avec le doigt des raies persistantes sur la peau du ventre, comme dans la méningite tuberculeuse. Le pouls est parfois irrégulier et la respiration suspirieuse. Baginsky a même observé dans un cas des cris hydrencéphaliques (1).

Souvent aussi on observe de l'hyperesthésie cutanée, de la raideur du cou, parfois de l'opisthotonos et des contractures passagères des membres avec rétention d'urine, ou bien une trémulation générale dans les mouvements (carphologie, jactitation). Ces *symptômes spinaux*, sur lesquels Fritz (2) a attiré l'attention chez les enfants, sont d'un pronostic moins grave que les symptômes congestifs du côté de l'œil ou que le mâchonnement et le rire sardonique.

On peut dire d'une manière générale que ces accidents méningitiques se développent dans le cours de la fièvre typhoïde sans l'ordre régulier qui leur est propre dans la méningite tuberculeuse. Ils ne dominent jamais longtemps la scène et se confondent avec les autres symptômes typhoïdes.

La marche subséquente de la fièvre typhoïde varie suivant les cas. La période d'état, caractérisée par la forme continue de la fièvre, remplit toute la seconde semaine et s'étend parfois à la troisième. Puis la courbe thermique devient irrégulière et présente de nombreuses oscillations. Wunderlich a décrit sous le nom de *stade amphibole* cette période d'exacerbations et de rémissions qui peut s'étendre de quelques jours à plusieurs semaines, et pendant laquelle tout pronostic certain est impossible. C'est à ce moment surtout que se présentent les complications qui s'annoncent le plus souvent par une élévation notable et persistante de la température.

Défervescence. — Quand la maladie se prolonge, la période de *défervescence* succède au stade amphibole dans la troisième, la quatrième ou même la cinquième semaine ; elle est annoncée par l'augmentation des rémissions matinales. La température finit par atteindre la normale le matin d'abord, puis le soir, au bout d'un temps qui varie de quelques jours à une ou deux semaines et dont la longueur est en rapport avec la gravité des périodes précédentes.

Il est fréquent d'observer à ce moment du ralentissement du pouls avec irrégularité et intermittence des pulsations. Cet état doit faire redouter les lipothymies ou même une syncope mortelle. Cet accident est cependant d'une extrême rareté chez les enfants.

Terminaisons. Suites. — La *mort* est une terminaison de la fièvre

(1) Baginsky, *Virch. Arch.*, XLIV, p. 52.
(2) Fritz, *Thèse de Paris*, 1864.

typhoïde plus rare chez l'enfant que chez l'adulte. Elle peut arriver déjà à la fin du premier septénaire au milieu du coma dans les formes malignes, comme nous avons eu l'occasion de l'observer ; mais habituellement, c'est du onzième au vingt et unième jour qu'elle survient, par asphyxie progressive ou au milieu de symptômes ataxo-adynamiques. Elle est beaucoup plus rare après le vingt et unième jour et est due alors presque toujours à une complication.

La *guérison* est la terminaison habituelle de la fièvre typhoïde chez l'enfant. Le premier indice favorable est la chute progressive de la température matinale, qui finit par atteindre la normale, en même temps que tous les symptômes alarmants s'atténuent, puis s'effacent.

La diminution du nombre des selles, la participation de la volonté à la défécation et le changement de caractère de la diarrhée, qui devient homogène et reprend une couleur brun foncé, sont également des signes de bon augure ; l'apparition de selles moulées annonce en général la convalescence.

Ces symptômes d'amendement se montrent habituellement vers le commencement du troisième septénaire ; dans beaucoup de cas, l'enfant reste encore inconscient plusieurs jours après leur apparition, il ne parle pas et ne reconnaît personne (West).

Rilliet et Barthez insistent avec raison sur la valeur favorable du retour des fonctions intellectuelles et affectives. « Si, disent-ils, le « premier sourire marque le début de la convalescence, le sourire « franc et surtout le rire sont le signe que le malade a échappé à « tout danger. »

La *convalescence* ne survient jamais dans la forme grave avant le vingt et unième jour ; elle commence habituellement du vingt-cinquième au trente-cinquième jour, parfois même au bout de six ou huit semaines. Plus la fièvre typhoïde a été grave et de longue durée, plus la convalescence est lente et graduelle. Les enfants sont considérablement amaigris et conservent longtemps encore une grande faiblesse physique et intellectuelle. Les traits présentent parfois une expression stupide qui peut faire croire à l'idiotie. L'inaptitude au travail persiste longtemps encore après la guérison dans les formes graves, où le délire a été long et prolongé. Pendant la convalescence, les cheveux tombent et le cuir chevelu est souvent baigné de sueur.

Weill (1) a signalé, comme un fait presque constant dans la convalescence de la fièvre typhoïde infantile, la *desquamation cutanée*, tantôt furfuracée, tantôt et plus rarement lamelleuse, qui envahit principalement le tronc et la racine des membres. Elle commence à l'aisselle, se poursuit sur les flancs, gagne l'abdomen, puis le dos,

(1) Weill, *Congrès franç. de méd.* Lyon, 1895, p. 373.

les épaules et les fesses. Aux membres, elle est plus marquée aux cuisses et aux jambes qu'aux bras ; elle est exceptionnelle sur l'avant-bras et ne s'observe jamais aux mains, ni à la plante des pieds. Cette desquamation se montre à la fin de l'évolution fébrile ou pendant l'apyrexie, parfois seulement dix à quinze jours après le début de la convalescence, ce qui explique qu'elle ait échappé à la plupart des observateurs. Il est juste toutefois de rappeler qu'elle avait été parfaitement décrite en 1846 par Hamernick (1).

Rechutes. — Les rechutes ne sont pas rares chez les enfants : elles sont peut-être même plus fréquentes que chez les adultes (Giraud (2) ; elles sont caractérisées par une recrudescence de la fièvre et souvent par une éruption nouvelle de taches rosées. Dans une de nos observations, la rechute est survenue le vingt-troisième jour, au moment où tout faisait espérer une terminaison favorable, et la convalescence véritable ne commença que le soixantième jour ; dans un autre cas, il y eut succession de deux fièvres typhoïdes de deux semaines chacune, séparées par un intervalle apyrétique de neuf jours. Henoch a observé un nombre assez considérable de rechutes (dans 16 cas sur 97), sans qu'on pût incriminer un traitement antipyrétique énergique contre la première atteinte ou une faute de régime dans l'intervalle de rémission ou d'apyrexie ; la terminaison fut favorable dans tous les cas.

Les récidives à longue échéance sont exceptionnelles.

COMPLICATIONS. — Parmi les complications proprement dites qui surviennent dans le cours de la fièvre typhoïde, les unes sont beaucoup plus rares, les autres un peu plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte.

L'*hémorragie intestinale* est très rare dans le jeune âge. Quand les selles sont noires, le sang provient le plus souvent du nez ou de l'estomac ; Koch a observé des vomissements de sang abondants chez un enfant au début d'une fièvre typhoïde. L'un de nous cependant, M. D'Espine, a vu survenir une hémorragie intestinale qui fixa le diagnostic dans la seconde semaine d'une fièvre typhoïde sans taches et avec constipation ; l'évacuation de selles noires succéda à l'administration d'un grand lavement qu'on ne renouvela pas, et l'enfant âgée de six ans se remit promptement. Dans un cas observé par Hervé (3), relatif à un enfant de dix ans, une entérorragie grave se déclara le neuvième ou le dixième jour d'une fièvre typhoïde et jugea la maladie qui guérit rapidement. E. Revilliod a observé chez deux enfants de douze ans la même complication qui se termina fatalement.

La *perforation intestinale* est très rare ; nous ne l'avons observée

(1) Hamernik, *Prag. Vierteljahrschr.*, 1846, X.
(2) Giraud, *Thèse de Paris*, 1884.
(3) Hervé, *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1898, p. 92.