qu'une fois, Taupin deux fois, Rilliet et Barthez deux fois; elle détermine presque toujours une péritonite rapidement mortelle. On devra cependant tenter la laparotomie.

Les *escarres* au sacrum sont aussi assez rares; Rilliet et Barthez les ont observées 6 fois sur 107 cas, du dix-septième au cinquantième jour de la maladie, chez des enfants qui ont succombé. Henoch (1) n'en a observé que onze cas dans toute sa pratique, dont trois seulement furent mortels.

Les *parotidites* sont rares également. Elles sont, comme chez l'adulte, de mauvais augure.

L'*angine simple* pultacée ou herpétique a été signalée par Cadet de Gassicourt (2), comme accident initial de la fièvre typhoïde.

La *mort subite* dans la convalescence, signalée par Dieulafoy chez l'adulte, est à peu près inconnue chez l'enfant, grâce à la résistance plus grande du muscle cardiaque à l'infection dans le jeune âge. Moussous (3) en cite cependant un exemple. Un petit typhique, dont la maladie n'avait présenté rien de particulier, mourut subitement le vingtième jour de sa fièvre typhoïde qui approchait de la convalescence, au moment où il venait de se soulever pour boire une tasse de lait. L'autopsie pratiquée avec le plus grand soin resta absolument négative.

Les affections des voies respiratoires sont plus fréquentes. La *diphtérie* du pharynx ou du larynx peut survenir quelquefois au moment d'une épidémie ou dans un hôpital.

La *laryngite nécrosique* (*Laryngotyphus* des Allemands) est rare chez les enfants; nous l'avons vue survenir au treizième jour d'une fièvre typhoïde et accélérer la terminaison fatale. Schuster (4) a observé dans deux cas des accidents laryngés au début de la fièvre typhoïde. Ces accidents, caractérisés par des ulcérations des cordes vocales constatées au laryngoscope, se réduisirent à une aphonie avec toux douloureuse au niveau du larynx et furent précédés par une angine qui dans un cas s'accompagna d'exulcérations aphteuses du palais. Ces symptômes disparurent peu à peu et furent remplacés par des manifestations typhoïdes très accentuées. Les deux enfants guérirent à la suite de lavages froids.

La *pneumonie* est la complication la plus fréquente. Habituellement lobulaire et généralisée, elle occupe les deux poumons, s'accompagne quelquefois de pleurésie et se termine souvent par la mort (Rilliet et Barthez); elle se développe surtout chez les jeunes enfants et survient du vingtième au quarantième jour. La pneumonie lobaire est en général plus rare; néanmoins Wolberg a observé 10 cas de pneumonie

(1) Henoch, *Vorlesungen über Kinderkrankheiten*, 4e édit., 1889, p. 767.
(2) Cadet de Gassicourt, *Revue des mal. de l'enf.*, 1888, p. 145.
(3) Moussous, *Leçons clin. des mal. de l'enf.*, 1893, p. 226.
(4) Schuster, *Arch. f. Kinderheilk.*, 1891, XII, p. 392.

fibrineuse lobaire et 6 cas de broncho-pneumonie chez des enfants atteints de fièvre typhoïde. Cette complication a été surtout rencontrée chez des sujets âgés de moins de sept ans; dans trois cas, elle s'est déclarée dans la première semaine (pneumo-typhoïde). Tous les cas ont guéri, sauf un seul où la pneumonie avait envahi les deux poumons. Nous avons observé chez un jeune enfant de seize mois une pneumonie lobaire du sommet qui se développa dans la seconde semaine d'une fièvre typhoïde grave; la matité et le souffle persistèrent pendant huit à dix jours et restèrent limités à la région sous-claviculaire; l'enfant guérit.

Il n'est pas rare d'observer dans le cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde des enfants un léger *œdème*, quelquefois généralisé, plus souvent limité aux membres inférieurs ou au scrotum. Cet œdème ne s'accompagne pas d'albuminurie et est sans valeur pour le pronostic; plus rarement il survient une véritable *phlegmatia alba dolens* de la jambe gauche ou des deux membres inférieurs. Rilliet et Barthez, ainsi que Cadet de Gassicourt, en signalent quelques cas, tous suivis de guérison.

Diverses éruptions cutanées (*roséole*, *urticaire*) ont été parfois observées chez les enfants atteints de fièvre typhoïde.

L'*otorrhée* est assez fréquente à la suite de la fièvre typhoïde, chez les enfants scrofuleux surtout. Parfois la maladie est suivie d'une simple *surdité*, qui disparaît très lentement.

La convalescence peut être entravée par des accès de fièvre passagers, dus en général à des *furoncles* ou à des *abcès* sous-cutanés ou musculaires.

Le *noma* se développe quelquefois dans le cours ou la convalescence de la fièvre typhoïde chez les enfants faibles et misérables. L'usage du calomel à doses répétées ne paraît pas avoir été dans quelques cas étranger à cette complication.

La *gangrène des extrémités* a été observée deux fois par Ollivier (1) dans le cours de la fièvre typhoïde chez les enfants ; elle était due probablement à des embolies.

Cadet de Gassicourt a vu un enfant succomber à une *péricardite purulente* dans le cours d'une fièvre typhoïde grave.

Le même auteur a constaté l'existence simultanée d'une fièvre typhoïde et d'une *méningite* chez un enfant de cinq ans. L'autopsie confirma les deux diagnostics.

Parmi les complications nerveuses de la fièvre typhoïde, l'*aphasie* a été signalée par plusieurs observateurs. Elle paraît être surtout fréquente chez les jeunes sujets, car sur 17 cas d'aphasie typhoïdique mentionnés par Landouzy (2), 16 appartiennent à l'enfance, et la

(1) Ollivier, *loc. cit.*, p. 378.
(2) Landouzy, Des paralysies dans les maladies aiguës. *Thèse de concours*. Paris, 1880.

plupart des nombreux cas réunis par Kuhn (1) se rapportent aussi à cet âge ; c'est surtout entre huit et onze ans qu'elle a été constatée, et plus souvent chez les garçons que chez les filles. Nous l'avons observée nous-mêmes une fois chez un jeune garçon, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde grave ; le malade, malgré le réveil de l'intelligence, ne pouvait s'exprimer pendant quelques jours que par des gestes ou des grognements inarticulés ; il ne recouvra que peu à peu l'usage de la parole. Dans un cas rapporté par E. de la Harpe (2), l'aphasie qui se montra le douzième jour d'une fièvre typhoïde chez un garçon de six ans, s'accompagna d'ataxie choréiforme et d'hyperesthésie générale. Elle survient assez subitement, tantôt dans la troisième semaine, tantôt plus tard dans le cours de la convalescence. Comme elle n'est pas toujours accompagnée d'hémiplégie et disparaît dans presque tous les cas au bout de peu de temps (trois semaines en moyenne), il est à présumer qu'elle est due plutôt à des phénomènes d'anémie ou de suffusion séreuse qu'à des lésions matérielles de la troisième circonvolution. Cette hypothèse paraît confirmée par le résultat de deux autopsies relatées, l'une par Eisenschitz, l'autre par Escherich et Fischl ; dans ce dernier cas, relatif à un enfant de dix ans, l'aphasie s'était compliquée de démence (3).

Parmi les affections du système nerveux consécutives à la fièvre typhoïde observées chez les enfants, signalons encore la paralysie des muscles dilatateurs de la glotte (Rehn), celle du voile du palais et du pharynx (Cadet de Gassicourt), la chorée (Rilliet et Barthez) et la paralysie atrophique limitée, due à une névrite périphérique.

Les *troubles psychiques* observés chez l'enfant après la fièvre typhoïde sont le plus souvent passagers, quand ils se manifestent sous la forme de manie (Feitz, Lit, Baginsky). Parfois, ils persistent ; ils sont alors principalement caractérisés par une diminution de la mémoire ou un abaissement général des fonctions intellectuelles. Il est probable que les enfants de souche névropathique y sont plus prédisposés que les autres. Le traitement par les bains froids et l'alimentation continue par le lait ont rendu ces suites fâcheuses exceptionnelles ; nous ne les avons jamais personnellement observées.

DIAGNOSTIC. — **DIAGNOSTIC POSITIF.** — Le diagnostic de la fièvre typhoïde est beaucoup plus difficile chez l'enfant que chez l'adulte. La prédominance des formes légères sans caractères pathognomoniques, la fréquence de la constipation, la rareté des hémorragies intestinales, expliquent pourquoi, en l'absence des taches lenticulaires, le diagnostic reste en suspens pendant la première quinzaine et ne peut

(1) Kuhn, *Thèse de Fribourg-en-B.*, 1882. — Voir aussi : Bohn, Ueber Sprachstörungen im kindlichen Alter, (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XX, fasc. 1 et 2).
(2) De la Harpe, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1883, p. 364.
(3) Escherich et Fischl, *Münch. med. Woch.*, 1888, n° 3.

être fixé que par la marche ultérieure de la maladie ou parfois reste toujours obscur.

Aussi est-ce surtout pour les fièvres typhoïdes de l'enfance que le *séro-diagnostic* ou la réaction de Widal (1) est appelé à rendre des services signalés. La réaction négative nous (2) a permis dans deux cas où le diagnostic de fièvre typhoïde avait été posé par le médecin traitant, d'admettre pour le premier une grippe qui fut suivie d'une broncho-pneumonie et se termina par la guérison, dans le second de diagnostiquer une tuberculose aiguë ; l'enfant succomba quelques jours après à une méningite tuberculeuse.

Très exceptionnellement la réaction de Widal a été trouvée dans d'autres affections que la fièvre typhoïde, mais alors elle n'existe pas macroscopiquement (Nachod) (3), et disparaît à des dilutions faibles, à partir de 1 pour 20 à 1 pour 30. Haushalter (4) signale un cas de fièvre typhoïde avérée dans lequel la réaction fit défaut même pendant la convalescence. Cela ne nous est jamais arrivé. Dans les formes légères, qui sont les plus difficiles à dépister, la réaction apparaît en général plus vite que dans les formes graves, parfois dès le sixième ou le huitième jour.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — La **forme légère** pourra être confondue dans les pays à malaria avec une *fièvre paludéenne rémittente*. Les résultats du traitement par la quinine éclaireront dans ce cas le diagnostic.

L'*entérocolite simple* peut s'accompagner de symptômes généraux qui simulent la fièvre typhoïde, quoiqu'en général la fièvre soit moins vive et la tuméfaction de la rate moins fréquente et moins marquée. Nachod signale 4 cas dans lesquels le diagnostic ne put être établi que par l'absence persistante de la réaction de Widal.

Signalons encore parmi les diagnostics parfois épineux celui entre la fièvre typhoïde légère et la *grippe*, surtout la grippe à forme gastro-intestinale qui est assez fréquente chez l'enfant (voir *Grippe*).

Enfin, quelque bizarre que paraisse ce rapprochement, la maladie qui en pratique nous a paru simuler le plus souvent une fièvre typhoïde au début, c'est la *pneumonie franche*, surtout dans sa forme rudimentaire, qui s'accompagne d'une forte fièvre, parfois d'un grand abattement, et dans laquelle habituellement les signes physiques sont peu marqués et ne permettent de reconnaître l'existence d'un foyer inflammatoire au sommet du poumon qu'au moment de la défervescence.

Les *angines* diphtériques ou streptococciques peuvent également

(1) Widal, *Presse méd.*, 27 juin 1896, n° 52.
(2) D'Espine et Mallet, *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1898, p. 113.
(3) Nachod, *Prag. med. Wochenschr.*, 1897, p. 489 et suivantes.
(4) Haushalter, *Presse méd.*, 30 sept. 1896, n° 80.

simuler une fièvre typhoïde, quand la dysphagie est peu marquée et que le médecin ne pense pas à examiner la gorge. On ne doit pas oublier néanmoins que dans quelques cas rares l'angine catarrhale a marqué le début d'une fièvre typhoïde.

La **forme grave** est habituellement facile à reconnaître. Cependant, quand les taches manquent, la prédominance de certains accidents nerveux ou thoraciques peut faire croire à une *méningite tuberculeuse* ou à une *tuberculose générale aiguë*.

Entre la fièvre typhoïde et la méningite tuberculeuse, l'hésitation ne peut durer en général bien longtemps. La présence de râles disséminés dans la poitrine, le ballonnement du ventre, la diarrhée, le tremblement général des membres, la possibilité de tirer l'enfant de la stupeur ou du coma, feront reconnaître la fièvre typhoïde. Au contraire, un coma profond et prolongé, des symptômes paralytiques, et surtout un pouls à la fois ralenti et irrégulier seront caractéristiques pour la méningite tuberculeuse.

Le diagnostic entre la fièvre typhoïde et la tuberculose généralisée aiguë est très difficile, quand aux symptômes thoraciques et nerveux se joignent des symptômes abdominaux, tels que le ballonnement du ventre, la diarrhée, le gonflement de la rate, etc., dus à la généralisation des granulations tuberculeuses. C'est en pareil cas que la réaction de Widal rendra des services signalés. Guinon et Meunier (1) ont observé un cas curieux de fièvre typhoïde qui se développa dans le cours d'une phtisie aiguë. L'enfant âgé de huit ans succomba le trentième jour de la maladie après avoir présenté des taches rosées et une réaction de Widal positive. A l'autopsie on trouva une granulie ayant atteint les poumons, le foie, les reins et la pie-mère. Les sérosités cadavériques présentaient la réaction agglutinante.

On a pris parfois pour une fièvre typhoïde grave à sa période d'état la *périostite phlegmoneuse diffuse*. Quand on peut avoir des renseignements précis sur le début de la maladie, l'erreur est impossible. D'ailleurs, dès que l'idée d'une périostite se sera posée à l'esprit, il sera très facile d'en vérifier l'existence en constatant la tuméfaction, l'empâtement du membre et souvent une fluctuation profonde ; la vie du petit malade dépend dans ce cas de la justesse et de la promptitude du diagnostic.

PRONOSTIC. — Le pronostic ressort suffisamment de notre description. Il faut toujours espérer, quand on se trouve en face d'un enfant atteint de fièvre typhoïde, quelque sérieux que paraisse son état ; une température même très élevée est moins à redouter dans le jeune âge que chez l'adulte. Chez les nouveau-nés, le pronostic

(1) Guinon et Meunier, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1897, p. 181.

est grave ; dans la seconde enfance, la terminaison fatale est exceptionnelle jusqu'à dix ans ; plus tard, à mesure qu'on se rapproche de l'âge de la puberté, les chances de mort augmentent.

La durée moyenne des cas mortels est un peu plus courte chez l'enfant que chez l'adulte. D'après Gerhardt les deux tiers des décès tombent sur les trois premières semaines, un peu plus du tiers sur les deux premières semaines, et un cinquième sur la première semaine. Parmi les cas de mort rapide (du 6e au 7e jour), la moitié appartient à des nouveau-nés.

La mortalité est en général plus grande à l'hôpital qu'en ville. Sur 43 enfants atteints de fièvre typhoïde observés par l'un de nous, à l'hôpital Sainte-Eugénie, en 1872, 7 sont morts ; mais, sur ce nombre, 5 seulement ont succombé à la fièvre typhoïde elle-même et 4 étaient âgés de plus de dix ans ; les 2 autres cas de mort étaient dus, l'un à une pleuro-pneumonie, l'autre à un croup. Rilliet et Barthez, qui ont perdu à l'hôpital un quart de leurs malades, en grande partie par des maladies intercurrentes, ont eu en ville à peine une mortalité d'un dixième. Dans le service de Cadet de Gassicourt, la mortalité a été de 22 cas sur 276, soit d'un peu moins de 8 pour 100. A la policlinique de Kiel, Starck n'a eu que 2 morts sur 100 cas.

TRAITEMENT. — **PROPHYLAXIE.** — Il est très important en temps d'épidémie typhoïde de ne laisser boire aux enfants que de l'eau et du lait bouillis.

Les selles et les urines des petits malades seront immédiatement désinfectées en versant dans le vase qui les reçoit une solution de permanganate de potasse à 2 pour 100 ou d'acide phénique à 5 pour 100. Tous les linges souillés seront passés à l'étuve ; les taches sur le parquet seront lavées au savon noir et à l'acide phénique. Les mains des gardes-malades seront désinfectées avec soin. Avec de telles précautions, prises consciencieusement, il est inutile d'isoler les enfants atteints de fièvre typhoïde.

THÉRAPEUTIQUE. — *Nourrir et fortifier de bonne heure, intervenir le moins possible*, telle est la règle à suivre dans le traitement de la fièvre typhoïde ; les enfants supportent moins bien encore que les adultes une diète rigoureuse ou une médication spoliatrice, et on peut attendre beaucoup chez eux de la nature.

Dans la **forme légère**, on se bornera à entretenir la liberté du ventre par des purgatifs doux, à veiller à une aération convenable, à soutenir les forces par du lait et du bouillon donnés alternativement toutes les deux ou trois heures, à proscrire les aliments solides pendant toute la durée de la fièvre et à combattre celle-ci dès le début par des bains de 30° à 35° de dix à quinze minutes, répétés deux ou trois fois par jour au moment des exacerbations fébriles (39°,5 à 40°).

Dans la **forme grave**, les *bains* constituent toujours la partie fondamentale du traitement; on les donnera à la température de 25° à 30° suivant l'âge, et leur durée sera de cinq à quinze minutes; on se guidera, pour l'apprécier, d'après l'effet produit et la manière dont l'enfant supporte le bain. Celui-ci sera répété de quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures et dans l'intervalle, si la fièvre remonte au degré primitif et s'accompagne de somnolence ou de délire, on recourra aux lotions froides ou à l'enveloppement dans le maillot. Dans la forme adynamique avec congestion pulmonaire, où le bain entier et prolongé est mal supporté, on lui substituera les affusions froides données dans un demi-bain. Si l'enfant est très déprimé, on emploiera en même temps les *stimulants* et les *toniques* à haute dose, tels que le vin, le café, le quinquina.

Dans les formes malignes qui ne cèdent pas au traitement hydrothérapique seul, on peut adjoindre à celui-ci les doses massives de *quinine*, administrées à longs intervalles, tous les deux soirs, par exemple, suivant la méthode de Liebermeister et de Hagenbach (1). Ce dernier estime que la dose nécessaire pour amener la défervescence est :

Pour les enfants de.....	1 à 5 ans	0,70 à 1	gramme.
— de.....	6 à 10 —	1,0 à 1,50	—
— de.....	11 à 15 —	1,0 à 2	—

Il administre ces hautes doses en une seule fois le soir et a rarement besoin de les répéter le lendemain pour obtenir l'effet voulu. Ces faits prouvent que le sulfate de quinine est mieux supporté par les enfants qu'on ne le croirait au premier abord. Notre expérience n'est cependant pas favorable à l'administration de doses aussi fortes, au moins dans les premières années. Il faut réserver la méthode d'Hagenbach pour les cas malins chez des enfants au-dessus de huit à dix ans, et il suffit parfois de deux ou trois doses de 0,50 à 0,70 de sulfate de quinine données à intervalles éloignés, pour voir céder les accidents graves et la maladie reprendre sa forme ordinaire, dans laquelle le traitement balnéaire suffit.

Nous partageons tout à fait l'antipathie de Gerhardt pour l'emploi du *salicylate de soude* dans la fièvre typhoïde; l'expérience acquise chez les adultes enseigne que ce médicament, si utile dans le rhumatisme aigu, a peu d'action sur la marche et la durée de la fièvre typhoïde et peut dans quelques cas provoquer des phénomènes de collapsus, qui chez l'enfant sont plus à redouter que chez l'adulte.

Quant à l'*antipyrine*, qui a été recommandée dans la fièvre typhoïde infantile, nous nous abstenons de la prescrire, car elle n'a aucune action spécifique sur la maladie; elle ne la raccourcit pas et n'a qu'une

(1) Hagenbach. *Jahbr. f. Kinderheilk.* N. F., V., 1872, p. 181.

influence éphémère sur la température. Ajoutons que la fréquence du pouls persiste souvent dans l'apyrexie produite par ce médicament et que les symptômes nerveux graves ne disparaissent pas toujours après son administration. Les sueurs profuses et les éruptions cutanées qui suivent parfois celle-ci, les symptômes de collapsus qui peuvent se produire après des doses très variables suivant l'individualité du sujet, commandent la prudence.

D'autres indications que celles relatives à la fièvre peuvent se présenter :

Si la dyspnée et la toux prédominent et si l'auscultation révèle la présence de nombreux râles humides, on emploiera avec avantage le *musc* (15 à 30 centigr.) uni au *carbonate d'ammoniaque* (30 à 60 centigr.) dans une infusion légère de polygala ou bien dans un looch au rhum, suivant l'état des forces.

Nous nous sommes bien trouvé, dans les formes thoraciques de la fièvre typhoïde, d'applications répétées de *ventouses sèches* sur le thorax.

Vers la fin de la seconde semaine ou dans les semaines suivantes, la diarrhée peut, par son abondance et sa fréquence, devenir une véritable complication; il faut la combattre alors sous peine de voir augmenter la faiblesse de l'enfant et survenir des vomissements dus à l'impossibilité d'assimiler les aliments. On emploiera à cet effet de petits *lavements amidonnés*, et des *fomentations excitantes* sur le ventre. On alimentera le malade avec du lait coupé d'un tiers d'*eau de chaux* et surtout on administrera le *laudanum*; l'effet de ce médicament, qui est alors un véritable tonique, est merveilleux, pourvu qu'on surveille son action et qu'on proportionne le nombre de gouttes à l'âge et à la susceptibilité particulière de l'enfant; il change la nature des selles, diminue leur nombre et favorise l'assimilation. Il faut proscrire au contraire l'opium dans la période d'état aussi longtemps que la fièvre continue.

Le collapsus cardiaque dû à une infection grave ou à des hémorragies intestinales doit être combattu par des injections sous-cutanées de sérum artificiel à 7 pour 1000 de chlorure de sodium. Ces injections ont exercé à plusieurs reprises une action rapide et remarquable sur la force du cœur, lorsque la mort semblait imminente, dans un cas de fièvre typhoïde maligne observé par Guinon (1), chez une petite fille de deux ans, qui ne supportait pas les bains froids.

La convalescence exige des ménagements extrêmes et une surveillance continuelle. L'alimentation doit être graduée et appropriée à chaque progrès de l'enfant vers le mieux; nous nous sommes très bien trouvés du *lait d'ânesse* chez les jeunes enfants, jusqu'au moment où les selles sont redevenues naturelles. Le changement

(1) Guinon, *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1897, p. 241.

d'air est aussi indiqué après les formes graves, dès que le déplacement peut se faire sans danger.

Tout travail intellectuel et toute préoccupation qui réclame une forte dose d'attention doivent être proscrits, après une fièvre typhoïde, pendant un espace de temps qui pourra varier de deux mois à un ou deux ans.

CHAPITRE VIII

MALARIA

ÉTIOLOGIE. — La fièvre intermittente s'observe dès le jeune âge; elle serait même plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, et, lorsqu'une épidémie de malaria éclate dans une localité, ce sont généralement les jeunes sujets qui sont atteints les premiers. D'après les recherches de Bohn (1), qui a réuni 465 cas de cette maladie dans l'enfance, elle est commune surtout entre deux et sept ans, mais le fœtus lui-même n'en est pas exempt; on a plusieurs fois constaté, chez des enfants nés de femmes atteintes de malaria, l'hypertrophie de la rate et d'autres signes de la cachexie palustre au moment de la naissance. Le nouveau-né serait également exposé à contracter la fièvre intermittente pendant l'allaitement, s'il est nourri par une femme qui est affectée de cette maladie (Boudin).

Parasite de la malaria (2). — Ce parasite a été découvert dans le sang en 1880 par Laveran, et maintenant, grâce à l'examen de ce liquide, le diagnostic de la malaria peut être posé avec une grande certitude.

Les hématozoaires se présentent le plus souvent sous forme de *corps sphériques* ou *kystiques* (corps n° 2 de Laveran, plasmodies de Marchiafava et Celli) hyalins, transparents, dont on peut constater les mouvements amiboïdes dans l'intérieur des globules rouges pendant les heures qui précèdent l'accès intermittent ou pendant le stade de frisson. Ils détruisent peu à peu le globule rouge en formant des grains de mélanine, pigment emprunté à la matière colorante du globule.

L'hématozoaire suit un cycle régulier; il se *segmente* et les nouveaux corpuscules ronds qui en résultent circulent dans le sang et fourniront un nouveau cycle en devenant endoglobulaires.

Les *corps en croissant* ou falciformes ne seraient que des corps sphériques qui amèneraient la disparition du globule en s'y accolant.

(1) Bohn, in *Gerhardt Handb. f. Kinderkr.*, t, II, 1877, p. 445.

(2) Nous renvoyons pour la description détaillée de ce parasite à l'excellent article de Concetti dans : *Traité des mal. de l'enf.*, t. I, Paris, 1897, p. 302.

Laveran a signalé en outre des *flagella* mobiles accolés au corps sphérique, auquel ils donnent l'aspect d'un animal muni de pseudopodes. C'est surtout dans le sang de la rate, obtenu par ponction, qu'on les a trouvés.

La *technique* à suivre pour bien colorer les hématozoaires a été indiquée par Laveran et perfectionnée par Roux. Voici en quoi elle consiste : Placer la lamelle portant le sang étalé en couche très mince et desséché, dans un mélange à parties égales d'alcool absolu et d'éther, pour fixer les éléments (4 à 5 minutes). Plonger la lamelle pendant 30 secondes dans une solution aqueuse forte d'éosine, la laver à l'eau et la sécher, puis la placer pendant une minute dans une solution aqueuse forte de bleu de méthylène; laver, sécher et monter au baume. L'hématozoaire se détache en bleu sur le fond du globule coloré en rose.

DESCRIPTION. — A partir de l'âge de six ans, la fièvre intermittente présente habituellement les mêmes caractères que chez l'adulte; la description qui va suivre s'appliquera plus spécialement aux enfants plus jeunes.

Fièvres intermittentes simples. — La *forme aiguë* affecte le plus souvent le type quotidien; le type tierce est moins fréquent; le type quarte est assez rare. La maladie ne débute pas aussi franchement que chez l'adulte; elle peut être précédée par quelques jours de malaise, d'anorexie, de céphalalgie et de vertiges. Les caractères de l'accès fébrile sont souvent imparfaitement développés; le frisson initial est peu marqué et ne se traduit que par une pâleur générale avec refroidissement des extrémités et coloration bleuâtre des ongles. Chez les enfants à la mamelle, on observe du tremblement des membres, des contractions spasmodiques des muscles de l'œil et un état de dépression générale. Ces phénomènes se prolongent de quelques minutes à une heure; puis vient le stade de chaleur : l'enfant est pris d'un malaise extrême, de vomissements, quelquefois de délire et de convulsions, sans que la chaleur fébrile soit toujours très accusée. L'accès ne se termine pas brusquement par un stade de sueur; la peau se recouvre seulement de moiteur, et l'enfant reste dans un état de malaise qui persiste jusqu'à l'accès suivant. La fièvre offre un type plutôt rémittent qu'intermittent, les accès ne reviennent pas très régulièrement aux mêmes heures et s'observent souvent la nuit.

La tuméfaction de la rate est le phénomène le plus caractéristique de la maladie chez les enfants. Elle provoque parfois des irradiations douloureuses à la base de la poitrine, gêne la respiration et peut simuler une affection de la plèvre ou des poumons.

Très souvent, la fièvre intermittente s'accompagne, dans l'enfance, de troubles gastro-intestinaux caractérisés par des vomissements suivis d'une diarrhée qui persiste entre les accès; la langue est