

nécessaire de recourir à une opération dont la nature varie avec les circonstances⁽¹⁾.

Complications glandulaires. — J'ai observé un cas de *thyroïdite*, dont le pus renfermait des bacilles typhiques à côté d'autres bactéries banales. Kummer, Huchard, Jeanselme, Tavel en ont également rapporté des exemples; mais le microbe isolé par Tavel n'était certainement pas un bacille typhique, car il faisait fermenter la lactose.

On a signalé des poussées fluxionnaires au niveau des *seins*, même chez des femmes n'étant pas en état de lactation (G. de Mussy, Leudet).

Infections secondaires surajoutées. — Ce chapitre des complications de la fièvre typhoïde mériterait d'être fort étendu et il serait difficile de lui poser une limite déterminée. L'altération de toute l'économie pendant une maladie fort longue, la faiblesse qui en est la suite, les fermentations anormales qui se poursuivent dans toute l'étendue du tube digestif, l'accumulation de produits septiques dans les premières voies de la respiration, les ulcérations qui siègent dans l'intestin, l'estomac, la gorge, le larynx, et surtout *l'entrave mise aux procédés ordinaires de défense de l'organisme par la présence dans le sang des toxines élaborées par la première infection, etc.*, tout concourt à favoriser la pénétration et la pullulation dans l'économie de germes étrangers au virus typhique lui-même.

On a signalé les complications les plus diverses : les pneumonies, les suppurations⁽²⁾, l'érysipèle⁽³⁾, les phlegmons, la diphtérie, la gangrène simple et la gangrène gazeuse et même le charbon fourni par le lait d'une vache atteinte de fièvre charbonneuse⁽⁴⁾. D'après H. Vincent, le streptocoque s'associerait fréquemment au bacille typhique, dans le cours d'une dothiéntérie; il en est de même du bacille pyocyanique (Kassel, H. Vincent, Raybaud)⁽⁵⁾. La coexistence de la dysenterie et de la fièvre typhoïde n'est pas non plus chose exceptionnelle. La liste serait longue, si l'on voulait citer tous les microbes qui peuvent envahir l'organisme d'un typhique. Ils donnent naissance à la plupart des complications tardives. Il en est cependant quelques-unes qui ont plusieurs origines, telles sont les suppurations provoquées par les streptocoques et staphylocoques ordinaires ou par le seul bacille typhique.

Une infection secondaire assez fréquente, qui, dans les dernières périodes de la maladie, joue un rôle important, se rattache à la pullulation, dans l'organisme, du coli-bacille. L'histoire de ce dernier microbe, ou plutôt des divers microbes décrits sous ce nom est à peine ébauchée. Il présente des virulences variables et peut donner après inoculation des résultats divers, des phénomènes cholériformes⁽⁶⁾ et des symptômes typhoïdes. C'est à lui que doivent être attri-

(1) WITZEL, *loc. cit.*, p. 50; — KUMMER, *Rev. de chirurgie*; — JOURDAN, Congrès de chirurgie, octobre 1898.

(2) CORNIL et BABÈS, *Les Bactéries*. — FRÄNKEL et SIMMONDS, *Die ætiologische Bedeutung d. Typhusbacillus*; Hambourg, 1886. — SENGER, Ueber eine typhösen Darmgeschwüren ausgehende secundäre Infection; *D. medicinische Woch.*, 1886, n° 4.

(3) SEITZ, *loc. cit.* — ESCHERICH, Beiträge zur path. Anatomie d. Erysipels bei Gelegenheit der Typhus-Epidemie in Zurich; *Virchow's Archiv*, C, p. 185. — DUNIN, *Centralblatt f. Bacteriol.*, Bd n° 16.

(4) KARLINSKI, *Centralblatt f. Bakter.*, 1889, n° 12.

(5) H. VINCENT, Soc. méd. des Hôp., 6 mai 1898; — A. RAYBAUD, *Marseille méd.*, 1^{er} juillet 1898.

(6) GILBERT et GIRODE, Soc. des hôpitaux, févr. 1891.

buées certaines angiocholites suppurées⁽¹⁾. Sa présence si fréquente dans les organes des typhiques, lorsque la maladie a duré longtemps, permet de supposer que parfois une partie des symptômes de la période terminale doit lui être attribuée.

Aux microbes de la suppuration se rattache la pathogénie de l'*ecthyma et du furoncle*, si fréquents au décours de la fièvre typhoïde. L'usage d'eau malpropre pour les bains est bien fait pour favoriser cette infection exogène. Il faut y ajouter certains *abcès et phlegmons*, souvent de même origine, l'infection purulente généralisée, la suppuration de divers organes (parotide, larynx, etc.), certaines pleurésies et certaines péritonites. Parmi les infections surajoutées, on doit citer le *muguet*, la *diphthérie* dont le pronostic est très grave, la *tuberculose* qui n'est pas l'antagoniste de la dothiéntérie, bien au contraire.

Il existe beaucoup d'autres infections secondaires dont la cause nous échappe complètement : telles sont certaines éruptions érythémateuses signalées par Forget, Murchison, Raymond et Nélaton, Regis Reynaud, Galliard, Weil, etc. Ces érythèmes revêtent l'apparence rubéolique ou scarlatiniforme; ils apparaissent à la période d'état de la maladie ou pendant la convalescence et ils évoluent dans une même salle de malades sous forme épidémique. Ordinairement bénins, ils prennent chez quelques sujets des caractères nettement infectieux et entraînent une mort rapide. A l'autopsie, la couleur du sang est noirâtre⁽²⁾. M. Thibierge a observé l'*érythème noueux* au cours de la fièvre typhoïde.

Le *purpura* est exceptionnel; il est très probablement fonction d'une infection secondaire, greffée sur la fièvre typhoïde (Galliard)⁽³⁾.

Les *manifestations gangreneuses* et les *eschares* doivent être presque toutes, à part quelques troubles trophiques provenant de lésions nerveuses, rattachées à des infections secondaires, soit que celles-ci agissent par l'intermédiaire d'artérites et de phlébites microbiennes, soit qu'elles pénètrent à la faveur d'une érosion, d'une plaie, d'une ulcération. Les eschares du décubitus, qui sont de règle quand la maladie est grave et a duré longtemps, se montrent très rarement chez les malades traités par des bains, ou simplement chez ceux qui sont entourés de grands soins de propreté. Les grandes eschares atteignent parfois une étendue et une profondeur si considérables qu'elles deviennent une cause de mort⁽⁴⁾.

Les *gangrènes des muqueuses*, pharynx, larynx, organes génitaux sont toujours très graves.

FORMES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

La fièvre typhoïde que nous venons de décrire traduit l'ensemble des actions et des réactions subies par un organisme *normal* sous le coup d'une infection de *moyenne intensité*. C'est le cas le plus fréquent. Mais qu'un des éléments, ou les deux à la fois se modifient, le tableau symptomatique variera, et une forme de fièvre typhoïde, ayant une physionomie particulière, évoluera.

(1) CHARRIN et ROGER, Soc. de biologie, févr. 1891.

(2) HUTINEL et MARTIN DE GIMARD, Sur une épidémie d'érythèmes infectieux au cours de la fièvre typhoïde; *Médecine moderne*, 1890.

(3) GALLIARD, Soc. méd. Hôp. 26 oct. 1894.

(4) Consultez JONES, Thèse de doctorat, Paris 1898.

On peut diviser les formes de la dothiéntérie en deux grandes classes, suivant que la modification porte sur la résistance de l'organisme ou bien sur la puissance de l'infection. Les cas où le bacille typhique est associé à un autre agent pathogène méritent aussi une considération toute particulière.

Cette division est, il est vrai, théorique; et le plus souvent la question de terrain et celle de virulence du microbe sont associées. D'autres, inconnues, dominant aussi le problème pathogénique. Nous savons que l'organisme de l'enfant résiste mieux que celui du vieillard au bacille typhique, que les individus surmenés, affaiblis, prennent facilement la fièvre typhoïde, mais nous savons aussi que les gens les plus vigoureux sont frappés par les formes sévères, au point que l'état de santé parfaite a été considéré comme une des causes prédisposant à la maladie. Pour la fièvre typhoïde comme pour la tuberculose il existe des prédispositions individuelles et même familiales (1).

Nous nous tiendrons à cette classification des variétés, afin d'en simplifier l'exposé. Nous prévenons cependant le lecteur que nous ne ferons guère qu'énumérer les principales particularités qui caractérisent ces formes, renvoyant pour plus de détails aux chapitres de l'anatomie pathologique, de l'étude analytique des symptômes et des complications.

I. — Suivant la virulence du bacille et suivant la résistance organique, la fièvre typhoïde évolue avec plus ou moins de rapidité et de gravité.

Le *typhus ambulatus* (Griesinger) est ainsi nommé parce que les sujets se sentent si peu malades qu'ils continuent à marcher. Cependant ils sont pâles, peu dispos; ils souffrent de la tête et des membres; ils dorment mal; ils ont parfois des coliques, de la diarrhée. Si on les examine attentivement, on constate toujours de la tuméfaction de la rate, de l'accélération du pouls et quelquefois des taches rosées. Le malade reprend peu à peu ses forces et revient à la santé en 4 ou 5 semaines. Malgré cette bénignité apparente, les hémorragies intestinales et les perforations sont *relativement* fréquentes. A l'autopsie on reconnaît les lésions de la fièvre typhoïde. Les sujets sont donc sous le coup d'une infection microbienne effectuée; on ne peut s'expliquer la faiblesse de la réaction symptomatique que par l'hypothèse d'un poison typhique peu toxique, ou d'une tolérance particulière vis-à-vis de lui, analogue à la résistance que présentent certains organismes contre d'autres poisons (opium, alcool, etc.).

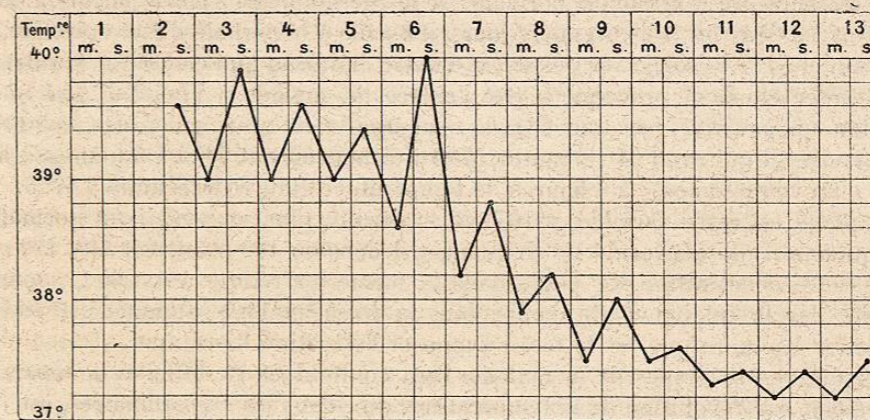
Le *typhus levissimus* (Griesinger), *fièvre typhoïde abortive* (Lebert), *embarras gastrique fébrile* (2), *typhoïdette* (Lorain), est une des formes fréquentes de l'infection typhique. Elle est caractérisée par la brusquerie des symptômes dans leur début et leur disparition. Rarement précédée de céphalalgie depuis la veille, elle débute par des frissons, des douleurs dans les membres, une céphalalgie intense et quelquefois du délire et des bourdonnements d'oreille. Dès le deuxième jour la température atteint 39°,5 à 40°, et le pouls est fréquent, dicrote. Les phénomènes gastriques sont particulièrement développés. La langue est saburrale; la diarrhée de couleur ocreuse. Du septième au quatorzième jour « la maladie tourne court, se comportant à l'égard du typhus abdominal comme la varioloïde à l'égard de la variole » (Jaccoud). Les taches rosées apparaissent avant et quelquefois après la chute de la fièvre.

Dans cette forme, qui se termine du dixième au quinzième jour, j'ai été souvent

(1) EMIL SCHWARTZ, Familien Typhus; *Centralbl., f. Bacter.*, 1887, p. 413.

(2) KELSCH et KIENER, *Traité des maladies des pays chauds*.

témoin d'une exacerbation thermique atteignant son maximum le soir du sixième jour à la veille *du commencement de la défervescence*. Celle-ci est annoncée souvent par des sueurs critiques, par une hémorragie nasale ou utérine. Elle est suivie d'une polyurie qui se chiffre par deux litres et demi, trois et quatre litres. Ces fébricules guérissent presque toujours. Quand les malades succombent à quelque complication, on constate les lésions caractéristiques des plaques de Peyer (Laveran). Il est probable que dans les formes les plus légères les plaques de Peyer n'arrivent pas à ulcération. La pénétration des microbes dans l'intimité des tissus est fort discrète; les ponctions de rate que j'ai faites à plusieurs reprises pendant le cours de la maladie se sont toujours montrées stériles (1). Cependant un écart de régime peut permettre l'envahissement de l'économie et faire succéder à une fièvre abortive une dothiéntérie très intense. Ces faits laissent supposer que cette forme abortive



Courbe thermique d'une fièvre typhoïde abortive (Chantemesse).

est due à l'invasion d'une petite quantité de virus et surtout d'un virus peu virulent; aussi est-elle prédominante dans certaines épidémies et dans la période terminale des épidémies sévères.

Une variété de cet embarras gastrique fébrile est communément désignée sous le nom de *fièvre muqueuse* en France, de *febricula* en Angleterre. La langue est blanche, la bouche pâteuse, les vomissements fréquents; quelquefois, il y a de la diarrhée, plus souvent de la constipation. La fièvre est modérée, le pouls n'est pas très rapide (80-90); la durée de cette forme n'excède pas deux septénaires. « Il résulte de mon expérience, dit Murchison, que la pyrexie, même dans les cas très courts, se termine graduellement; mais, d'après Griesinger et Bäumlér, elle peut se terminer brusquement par une copieuse transpiration. Les seules preuves qu'il s'agit bien alors d'une fièvre typhoïde sont fournies par la présence des taches lenticulaires qu'on trouve quelquefois, et par le fait que des cas typhiques de cette affection se rencontrent fréquemment dans la même maison (2).

(1) A. CHANTEMESSE, La fièvre typhoïde, l'embarras gastrique fébrile et la distribution d'eau de Seine à Paris; *Semaine médicale*, nov. 1889. — COURTET, Embarras gastrique fébrile; Thèse 1890.

(2) MURCHISON, *loc. cit.*, p. 202.

Aujourd'hui, nous sommes mieux armés pour faire ce diagnostic, puisque l'embarras gastrique pur et simple ne donne ni la réaction diazoïque ni le séro-diagnostic positif.

Forme apyrétique. — Elle a été bien étudiée par Gerhardt, Potain, Jenckes, Teissier et elle a fait récemment l'objet d'une bonne description d'Ortiz⁽¹⁾.

On doit réserver le nom de forme apyrétique de la fièvre typhoïde à toute dothiéntérie dans le cours de laquelle, en dehors de tout phénomène de collapsus, la température reste normale ou au-dessous de la normale pendant toute la durée de l'infection, qui ne s'accompagne d'un mouvement fébrile que d'une façon essentiellement transitoire ou par suite d'une complication.

Le point remarquable ici, c'est que tout, sauf la fièvre, évolue comme dans la dothiéntérie; même état général, mêmes troubles intestinaux, mêmes taches rosées.

La température centrale est normale; si le thermomètre s'élève parfois à 38° pendant les deux ou trois premiers jours, il oscille à la période d'état entre 36°,2 le matin et 37°,5 le soir, sans présenter d'autre élévation que celles qui auraient été accidentellement provoquées par l'entrée du malade à l'hôpital, par une émotion un peu vive, par une fatigue exagérée; c'est ainsi qu'un des malades de Wendland, qui avait 37° le matin, 37°,6 à 5 heures, eut 38°,1 à 6 heures, à la suite d'un vomissement; à 9 heures, la température était redescendue à 37°,5.

Le pouls est assez variable, parfois il est ralenti, plus souvent il est normal; quelquefois il est augmenté de fréquence, il dépasse 100 et atteint 110, 120 et plus. Cette accélération du pouls dans la forme apyrétique est assez remarquable, car la fréquence du pouls dans la dothiéntérie normale est ordinairement moindre que ne le ferait supposer l'élévation thermique.

Les différentes étapes de la maladie sont confondues et difficiles à séparer nettement, car l'évolution de la température, qui, dans les cas ordinaires, est le meilleur point de repère, reste ici dans les limites uniformément normales.

Malgré l'absence de fièvre pendant toute la durée de la dothiéntérie, la convalescence est parfois traînante, aussi lente et aussi pénible que dans les formes fébriles. Le convalescent demeure faible, amaigri, pendant un certain temps, et l'absence de toute fièvre ne met pas à l'abri des complications.

A côté des formes apyrétiques proprement dites, on peut exceptionnellement observer une forme hypothermique de la dothiéntérie. Un grand nombre de maladies infectieuses, la pneumonie, la grippe, la fièvre typhoïde, peuvent évoluer avec une température au-dessous de la normale. Mais, pour la fièvre typhoïde en particulier, les cas sont rares de cette particularité et on ne connaît guère qu'un fait authentique dû à M. Potain. Dans cette observation au sixième jour, les symptômes typhiques étaient au complet, mais la température n'atteignait que 37°,2. Les jours suivants, le thermomètre, au lieu de s'élever, s'abaissa régulièrement au-dessous de la normale, il resta ensuite stationnaire à 36 ou 36°,2 pendant la période d'état; enfin il remonta à la température normale au moment où la convalescence s'établit. Le pouls se ralentit parallèlement à l'abaissement de température; il devint de moins en moins fréquent, et resta dans cet état pendant la période d'acmé de la maladie pour récupérer plus tard sa fréquence normale. Le malade guérit.

(1) ORTIZ, Thèse de doctorat, Steinheil.

Envisagée au point de vue de la température, cette forme hypothermique est en quelque sorte une fièvre *renversée*. Le cortège symptomatique est au complet; mais le tracé thermométrique si caractéristique des formes fébriles avec les périodes d'oscillations ascendantes, stationnaires et descendantes, se dessine au-dessous de 37° avec la même incurvation caractéristique.

Le diagnostic est toujours entouré de difficultés; parfois une complication inopinée, une péritonite suraiguë par perforation ou une hémorragie intestinale dévoilent tout à coup le diagnostic. Si l'on considère que, dans un grand nombre de cas, les symptômes sont très atténués, on conçoit que le médecin ne recherche pas les seuls signes certains de la fièvre typhoïde, l'hypertrophie de la rate, la présence de taches rosées, l'existence de la réaction diazoïque de l'urine, celle de la propriété agglutinative du sérum, de sorte qu'un certain nombre de dothiéntéries apyrétiques passent inaperçues sous le couvert de l'embarras gastrique.

Forme adynamique. — C'est la fièvre maligne putride des anciens. Dès le début de la maladie, apparaissent un abattement de tout l'être et une mollesse excessive du pouls. L'état typhoïde est très accusé; la stupeur profonde, la diarrhée abondante. A ces phénomènes s'ajoute une grande tendance aux hémorragies et au sphacèle. Le pronostic est grave.

Forme ataxique. — Fièvre maligne des anciens. Elle se combine parfois à la forme précédente (fièvre ataxo-adynamique). Elle se caractérise par une fièvre intense, un délire précoce, violent, accompagné d'hallucinations. Le malade crie, a des soubresauts des tendons, quelquefois des convulsions partielles ou générales.

Forme hémorragique. — Associée ordinairement à la forme ataxo-adynamique, elle constitue ce que les anciens appelaient la fièvre putride hémorragique. L'altération du sang est telle que des hémorragies apparaissent dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou se font jour par l'intestin, le rein, l'utérus, la pituitaire. Le pronostic est très grave.

Forme foudroyante. — Elle est exceptionnelle, mais se rencontre de préférence dans certaines épidémies. Le début est rapide et violent, la température monte aussitôt à 40 et au-dessus; le délire est précoce, l'adynamie très prononcée. La mort survient au bout de 5 ou 4 jours (Guyot, Trouseau). Murchison a cité un cas mortel en deux jours. N'était la coexistence d'une épidémie de fièvre typhoïde normale, le diagnostic de cette variété se montrait très difficile autrefois du vivant du malade. La recherche des réactions de l'urine et du séro-diagnostic permettent aujourd'hui plus de précision.

Forme prolongée. — Parfois la lenteur d'évolution de la fièvre typhoïde dépasse le temps de la durée normale, et la guérison ne survient qu'au bout de trois mois et plus. La température reste élevée pendant le cours de la maladie; on a signalé une persistance inaccoutumée de la période des oscillations amphiboles. J'ai observé un cas de fièvre typhoïde qui, par des rechutes subintrantes, a duré cinq mois.

Cette variété répond le plus souvent à une persistance des ulcérations

intestinales (ulcérations atoniques); aussi s'accompagne-t-elle fréquemment de perforation de l'intestin.

Forme septicémique. — Cette forme peut se produire chez l'homme en dehors des lésions ordinaires des organes lymphoïdes de l'intestin. Chez un patient qui avait succombé à des accidents nerveux et infectieux mal déterminés, Banti ne trouva à l'autopsie aucune lésion appréciable de l'intestin; la rate et les ganglions mésentériques étaient tuméfiés et renfermaient à l'état de pureté le bacille typhique. Vaillard et Vincent ont observé le fait suivant⁽¹⁾: « Un jeune soldat est d'abord atteint d'une grippe très légère. 5 jours après la guérison, il est pris d'accidents graves, tels que céphalée intense, douleurs lombaires très vives, excitation cérébrale et fièvre élevée (40°). Ces symptômes, auxquels s'ajoute une épistaxis très abondante, persistent les jours suivants, sans modification. Puis surviennent le coma vigil avec insensibilité complète, la contraction de la nuque et des muscles du pharynx. La constipation est absolue. Après une courte amélioration, les phénomènes cérébraux reprennent leur première intensité et le malade meurt dix jours après le début des accidents. L'autopsie révèle une vive injection des méninges cérébrales et spinale, qui en quelques points paraissent modérément infiltrées de sérosité. Les poumons sont congestionnés. La rate est très tuméfiée et mollassée (480 grammes). L'intestin ne présente aucune altération. Les cultures faites avec la pulpe splénique, le sang du poumon, des parcelles de la moelle, du bulbe et de la protubérance donnèrent toutes le bacille d'Eberth. » Dans la rate et l'exsudat méningé il a été trouvé en outre un streptocoque. Comme on le voit, il s'agit d'une infection mixte; mais l'hypertrophie de la rate qui n'existe pas à ce point dans l'infection streptococcique, la présence du bacille spécifique dans le tissu nerveux, le poumon, etc., et l'évolution clinique ne permettent pas de douter qu'il n'y ait eu une vraie fièvre typhoïde.

L'observation que j'emprunte à Thue⁽²⁾ montre jusqu'à quel point les formes atypiques de la dothiéntérie peuvent s'éloigner du tableau classique. Sans l'examen bactériologique on ne pouvait faire ici d'autre diagnostic que celui de colite ulcéreuse et de néphrite hémorragique. Un homme de 50 ans est pris au commencement de juillet 1888 de diarrhée, de douleurs dans le bas-ventre et d'hématurie. Cinq ou six jours après, il présente des symptômes typhoïdes et du délire; la fièvre s'élève à 39°-40° et il survient des selles sanglantes, des épistaxis et des vomissements. Le 15 juillet, le malade entre à l'hôpital; la température marque alors 36°. Il n'y a pas de gonflement de la rate; l'urine contient beaucoup d'albumine, des cylindres nombreux et du sang. Pas d'œdème. Pendant les 5 jours qui suivent, état stationnaire, affaissement, selles sanglantes, du volume d'une lentille à celui d'un haricot. Une partie des ulcérations est cicatrisée. Dans le rectum, ulcérations rares; il en existe une au niveau de l'anus qui mesure l'étendue d'une pièce de un franc; muqueuse stomacale non ulcérée; rate grosse et difflente; reins très augmentés de volume, ponctués de petites hémorragies et, à leur surface, de zones nécrosées; muqueuse vésicale sanguinolente, température 36°, urines rares. Le 16 juillet, la température atteint 39°, le lendemain 38° et le surlendemain 37°. Les hémorragies intestinales persistent et s'accompagnent d'hématémèses. On ne constate ni éruptions, ni

⁽¹⁾ VAILLARD et VINCENT, *ibid.*

⁽²⁾ THUE. — Norsk. magaz. for Løgevidenskaben, 1889, p. 272, Christiania.

symptômes pulmonaires. La mort survient le 21 juillet. — Autopsie: dernière portion de l'intestin grêle tuméfiée, d'une coloration rouge foncé; tuméfaction légère des plaques de Peyer et des follicules isolés, sans ulcérations ni hémorragies; muqueuse du colon rouge brun dans toute son étendue, recouverte d'un mucus sanguinolent et parsemée d'ulcérations superficielles, reposant sur un fond plat.

La rate et les reins renfermaient à l'état de pureté le bacille typhique.

Plus récemment⁽¹⁾, M. du Cazal a rapporté un exemple de forme septicémique de la fièvre typhoïde, absolument analogue aux précédents.

II. — Nous rangerons dans cette deuxième catégorie les fièvres typhoïdes, qu'influence un état particulier de l'organisme, que cet état soit une modalité normale de l'existence, comme l'enfance, la vieillesse, la grossesse, ou bien une modalité pathologique, comme le diabète, l'obésité, l'alcoolisme, une affection antérieure du cœur, des poumons, du foie, des reins, etc. Nous y ajouterons enfin certaines variétés, telles que les formes thoracique, cérébrale, etc.; car ces localisations atypiques du virus typhique sont commandées le plus souvent par une moindre résistance des organes frappés.

a). — *Fièvre typhoïde de l'enfant.* — Signalée tout d'abord par Rilliet et par Taupin en 1840, elle a fait l'objet depuis cette époque de nombreux travaux, parmi lesquels nous citerons ceux de Marfan et d'Étienne⁽²⁾.

L'apparition de la dothiéntérie est rare avant l'âge de 5 ans; elle a cependant été observée chez un nourrisson de 25 jours (Gerhardt), de 4 mois (Legry), de 6 mois (Parrot, Murchison). Elle est due à l'usage de lait coupé d'eau impure (Ballard), ou bien la transmission de la maladie s'est faite de la nourrice à l'enfant.

Les lésions sont peu marquées, les ulcérations intestinales rares; le plus souvent les plaques de Peyer sont simplement hypertrophiées. En revanche, les ganglions mésentériques apparaissent énormes, atteignant parfois le volume d'un œuf de pigeon.

Les symptômes sont surtout marqués dans la seconde enfance. Jusqu'à l'âge de 5 ans, rien, à part le séro-diagnostic et la présence, inconstante d'ailleurs, de taches rosées, ne permet de faire un diagnostic précis. Aussi toute fièvre continue, chez un nourrisson, sans localisation nettement prédominante, avec quelques phénomènes méningés peu accentués, avec une diarrhée légère, doit faire rechercher les taches rosées lenticulaires.

Mais dès la deuxième enfance, les signes sont plus nets: le début est brusque, et caractérisé par une ascension thermique considérable, des vomissements, des convulsions. Bientôt l'infection se confirme; elle est remarquable par l'effacement des troubles digestifs, la langue est humide, parfois desquamée en triangle vers la pointe, la diarrhée peu abondante. Les hémorragies et la perforation sont exceptionnelles; mais le ventre est fréquemment douloureux. Le pouls bat de 110 à 140 pulsations à la minute; le dicrotisme ne s'observe guère avant l'âge de 10 ans. Les taches rosées manquent dans le tiers des cas; les sudamina sont la règle, et expliquent, par leur abondance, la desquamation si fréquente au décours de la fièvre typhoïde. Il n'est pas rare d'observer

⁽¹⁾ DU CAZAL, Soc. méd. Hôp. 7 avril 1895.

⁽²⁾ MARFAN, *Tribune méd.*, 1895, *Traité des mal. de l'Enfance*, t. I, 1897. — A. ÉTIENNE, *Gazette de Méd. et de Chir.* 1896.