

M. J. Comby (*ibid.*), de M. Ricardo Curti (*La Pediatría*, juillet 1895). Le tableau clinique se calque sur celui de la méningite et particulièrement sur celui de la méningite tuberculeuse : début plus ou moins rapide, céphalalgie, vomissement, constipation, état comateux alternant avec les attaques cloniques, raideur de la nuque, cris hydrencéphaliques, attitudes en chien de fusil, strabisme, inégalité pupillaire, irrégularités du pouls, de la respiration, phénomènes vaso-moteurs, raie dite méningitique, rougeurs passagères, amaigrissement, fièvre irrégulière, parfois hypothermie (R. Curti).

**Complications.** — La grippe compte parmi les maladies riches en complications. Ces complications ressortissent le plus souvent au streptocoque, parfois elles ne représentent que des localisations extrapulmonaires du bacille de Pfeiffer, comme l'a vérifié M. le D<sup>r</sup> H. Meunier (Société de biologie, 7 janvier 1900). Complications et séquelles se localisent sur la plupart des principaux appareils organiques, entre tous, sur l'appareil respiratoire. L'enfant fait facilement de la congestion pulmonaire dans l'influenza. La bronchite qui accompagne la maladie peut lui survivre. On rencontre aussi la pneumonie franche ou bâtarde, parfois étendue, quelquefois à réversion (Flesch), souvent prolongée (de Bruin). Mais de toutes les infections secondaires la broncho-pneumonie apparaît le plus habituellement. Sa fréquence semble varier et avec les épidémies et avec les différentes périodes d'une même épidémie. On a même noté (L. d'Astros), au moment des épidémies grippales et dans les foyers infectés, un nombre insolite de broncho-pneumonies qui, bien que paraissant primitives, pourraient peut-être être rapportées à la grippe, broncho-pneumonies grippales d'emblée. On a vu même fait, en particulier en 1886, pour la pneumonie chez les adultes (Ménétrier). Ces broncho-pneumonies se distinguaient des broncho-pneumonies ordinaires, de celles de la rougeole, par exemple, par quelques caractères, principalement dans la première enfance (Clemente Ferreira, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mars 1895).

Au lieu d'une forte élévation de température, les bronchites capillaires et les broncho-pneumonies grippales, malgré l'intensité de la dyspnée et la netteté des signes physiques, râles, souffle, matité, évoluent parfois avec une température concomitante de 37° à 37°,6. Cette discordance s'expliquerait par l'action paralysante du virus grippal sur les centres thermogènes (Ferreira). Il ne faut donc nullement se guider sur la température ni pour son diagnostic, ni pour son pronostic. Le second caractère des bronchopathies de l'influenza consiste dans la tendance précoce à la bronchoplégie et au collapsus pulmonaire (Ferreira). Les râles et le souffle font place à la diminution du murmure respiratoire ou même au silence plus ou moins localisé; la toux s'atténue ou se supprime. Cette dyspnée asphyxique traduit l'anesthésie de la muqueuse des voies respiratoires par infection bronchique. Les vomitifs ne font qu'exagérer cet état. A côté de la tendance à l'hypothermie relative, à la bronchoplégie, les complications thoraciques de la grippe affectent des allures trainantes, une lenteur extraordinaire, une stase indéfinie (Ferreira). Les sécrétions bronchiques semblables à du blanc

d'œuf, rares, épaissies, conservent une viscosité et une adhérence prolongées, d'une élimination difficile.

Ces broncho-pneumonies peuvent préparer le terrain à la tuberculose.

Comme conséquence des inflammations broncho-pulmonaires se développent des adénopathies trachéo-bronchiques de natures diverses, simplement congestives et passagères, ou tuberculeuses; ces adénopathies peuvent aussi suppurer, comme dans une observation instructive rapportée par M. Suss (*France médicale*, 1895). La grippe peut se compliquer de pleurésie simple ou suppurée, parfois interlobaire (Dieulafoy et Baltus, *Archiv. de méd. des enfants*, mars 1900). On peut voir survenir des localisations infectieuses du côté du cœur; on a signalé, en particulier, l'endocardite (G. Coulon, *Médecine infantile*, 15 avril 1895). Cette endocardite peut même guérir (G. Coulon), mais parfois persister (Lesné). La péricardite sans ou avec pleurésie sèche a été signalée déjà en 1858 par Gairdner, chez l'enfant.

La néphrite, séquelle sérieuse par ses conséquences ultérieures, se verrait dans 5 pour 100 des cas. La poussée congestive peut s'indiquer par de l'hématurie (Lesné, *Médecine infantile*, 15 septembre 1895). Malgré des phénomènes urémiques très graves, il y a retour à la santé (J. Soumaripas [de La Canée], *Gaz. des mal. infant.*, 6 février 1902).

La grippe s'attaque au système nerveux d'une façon toute spéciale; même dans les cas simples et bénins, elle ne le ménage guère. En dehors des symptômes nerveux propres à la maladie, à côté de la pseudo-méningite grippale, on peut voir apparaître la méningite vraie, comme infection secondaire (A. Sevestre, 1895), à streptocoques, à pneumocoques (Sabrazès). La méningite cérébro-spinale grippale peut parfois offrir le type hémiplegique (cas de Gannat, de Vichy). A la suite de la grippe peut se développer la chorée, l'hystérie (T.-C. Railton), des paralysies et des pseudo-paralysies (Koths), de l'affaiblissement de l'intelligence (A. Ræmer). Il faut penser à l'action possible du virus sur la moelle, à la sclérose en plaques (R. Massalongo et E. Silvestri).

A la suite d'une sciatique, on a vu de l'atrophie musculaire localisée (Ad. Baginsky). Le rhumatisme articulaire peut apparaître, comme chez un enfant de 12 ans (Lesné) rhumatisant et d'hérédité rhumatismale, qui présentait de l'hématurie et, au 11<sup>e</sup> jour de la grippe, de la fluxion articulaire avec endocardite et pleurésie. On a signalé la coxalgie (Chédevergne).

L'influenza ouvre chez l'enfant la porte aux infections pyémiques, sous forme d'otites, de parotidites suppurées (Flesch), d'abcès rétro-pharyngiens, en dehors des pleurésies et des adénopathies de même nature. Les pyodermies diverses s'y montrent fréquentes (Leloir), parfois sous forme miliaire (Bristowe). En dehors de la rougeur de toute la surface cutanée, sans éruption proprement dite, avec accentuation à la face en rapport avec la fièvre et la transpiration exagérée chez les tout jeunes enfants, diverses efflorescences cutanées se remarquent au cours de la grippe, éruptions morbilliformes, scarlatiniformes, urticariennes, polymorphes assez souvent. Leur fréquence a pu être parfois de 1 pour 4 (F. Perrenot). L'herpès labial se rencontre aussi.

**Diagnostic.** — En temps d'épidémie grippale les autres maladies semblent modifiées, aggravées par la maladie régnante, ainsi la rougeole (Susswein) et la diphthérie (K. Lanier). C'est ce que les anciens appelaient le génie épidémique. Il sera donc parfois difficile de faire la part qui revient exactement à la grippe. Par suite des formes multiples de l'infection on pourrait la confondre avec d'autres affections.

On ne comprendra pas sous le nom de grippe, les coryzas, pharyngites, trachéo-bronchites habituels à la saison froide ou au printemps. A ces affections manquent les phénomènes nerveux, douloureux, l'abattement. Le début de la rougeole se distinguera, outre la confrontation possible des dates, et l'apparition de l'éruption après 4 ou 5 jours, par la chute de la température à la fin du deuxième jour et au commencement du troisième. Les éruptions morbilliformes de la grippe ne donneront pas le change, elles ne coïncident pas avec la fièvre et ne commencent pas par la face. Dans la forme gastro-intestinale, la variété muqueuse se distingue de la fièvre typhoïde par les phénomènes initiaux de grippe, la durée minimale des accidents pseudo-typhiques, absence d'agglutination par la séro-réaction, absence de diazo-réaction. La plupart des symptômes dothiéntériques font bien défaut, mais chez le jeune enfant il en est ainsi. Le méningisme grippal ressemble à la méningite. C'est surtout la marche des accidents, leur cessation au bout de quelques jours qui fera éloigner le diagnostic de méningite.

**Marche.** — La marche qu'affecte la grippe chez l'enfant n'est pas plus réglée que chez l'adulte; variable est son début, variable sa période d'état, variable sa convalescence. On constate peut-être un peu moins, à peine parfois, chez l'enfant, la convalescence trainante, l'asthénie consécutive à la maladie, si fréquente et si longue parfois chez l'adulte, avec la neurasthénie comme aboutissant. Ce n'est pas une règle absolue, on peut observer des enfants qui restent quelque temps débiles avant de se remettre. Chez des enfants d'âges différents, à 5 ou 6 ans, comme à 1 an, j'ai vu de jeunes sujets à la suite d'une grippe, non compliquée, rester les uns quinze jours, les autres jusqu'à plus d'un mois dans un grand état de dépression. Il y a dans ces cas une grande différence dans la façon de reprendre ses forces avec ce qu'il arrive dans d'autres infections. Chez la même enfant, une grippe de quelques jours l'a laissée faible, anémiée bien plus longtemps qu'une rougeole précédente.

**Pronostic.** — Pas plus qu'on ne peut exactement préjuger, au début d'une attaque de grippe, la forme que revêtira la maladie, on ne peut, à cette période précoce, être fixé sur sa gravité plus ou moins grande. La forme une fois dessinée, même nettement, ne nous renseigne pas assez. Comme toutes les infections, la grippe est soumise à toutes les outrances et à toutes les atténuances. Toutefois, d'une façon générale, la grippe en elle-même revêt, particulièrement chez l'enfant, une certaine bénignité. Ce caractère a prédominé dans l'épidémie de 1889-1890, surtout au début. Il ne s'est peut-être pas maintenu à la fin de cette épidémie ni dans les années suivantes jusqu'à ce jour. L'exagération des phénomènes nerveux, de l'hyperthermie, chez les nourrissons la dénutrition rapide, assombrissent la situation. Le sujet

lui-même peut porter avec lui des causes de gravité par sa moindre résistance. C'est ainsi que les enfants au-dessous de six mois, plus rarement malades que les plus âgés, offrent le plus souvent des cas graves. Il en est de même chez les rachitiques, les scrofuleux, les tuberculeux, quoiqu'il faille compter avec des exceptions (Ad. Baginsky). Je dois consigner ici que sur un nombre relativement restreint de jeunes syphilitiques j'en ai perdu d'influenza un nombre relativement grand. Il y a là peut-être autre chose qu'une pure coïncidence.

**Mortalité.** — Au-dessous de six mois, la mortalité par grippe chez les enfants peut monter à 2 ou 3 pour 100 (Flesch). En dehors de cet âge, l'enfance fournit peu de décès du fait de l'influenza. Sur les 674 élèves malades des écoles de la ville de Paris dont j'ai fourni la statistique, il n'y a pas eu un seul cas de mort. Les 175 jeunes filles atteintes de grippe à la King Edward's School for girls ont toutes guéri. Pour l'épidémie de 1889-1890, surtout au début, on a noté la faible augmentation du chiffre obituaire. Depuis il s'est élevé un peu plus. Toutefois comme il ressort de la statistique de la ville de Marseille, d'après M. L. d'Astros, la grippe a élevé la mortalité infantile, mais en proportion bien moindre que ne s'est accrue la mortalité des adultes dans le même temps pour la même épidémie. En temps normal, la mortalité infantile représente un tiers de la mortalité totale; en temps d'influenza, malgré l'augmentation absolue, elle ne correspond qu'à un quart. Chez l'enfant la relation entre la mortalité et la morbidité serait en général en faveur de celui-ci, comparée à celle qu'on a chez l'adulte.

**Traitement.** — On a proposé comme moyen *prophylactique* l'eau chloroformée à 5/1000 en pulvérisations (Desprès, de Lille), les vapeurs de formol (G. de Lamallerée), le sulfate ou le bromhydrate de quinine (Mossé) qui s'opposerait au développement du bacille de Pfeiffer. D'après des observations, recueillies à l'île Madère par le Dr Jules Goldschmidt (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1890, n° 50), la vaccine, et peut-être plus spécialement la vaccine animale, aurait une action protectrice contre l'influenza, d'où immunité relative constatée chez les jeunes enfants. Quoi qu'il en soit, le mieux, lorsqu'on peut le réaliser, est encore de pratiquer l'éloignement des enfants sains, de les isoler des personnes atteintes et même de les faire transporter, s'il est possible, dans une région indemne de l'épidémie. La question devient plus grave chez les nourrissons et se complique de la séparation du nourrisson et de la nourrice malade, c'est-à-dire d'un sevrage brusque ou d'un changement de nourrice. Certains s'y opposeraient, sous prétexte que nombre d'enfants se montreraient réfractaires. Toutefois, comme on peut voir des nourrissons atteints de grippe sérieuse près d'une nourrice légèrement touchée, et je l'ai constaté personnellement, il faudra parfois se décider, selon les circonstances, à séparer momentanément l'enfant de sa mère ou de la femme qui l'allait. On le soumettra provisoirement, avec toutes les précautions d'usage, à l'allaitement artificiel avec le lait d'ânesse ou le lait stérilisé, ou bien on lui donnera une autre nourrice. Si nous sommes très mal armés pour entreprendre la prophylaxie de la grippe en elle-même, nous avons autrement barre sur les complications. Nous

connaissions, d'une façon assez nette, la nature des infections secondaires. Elles ressortissent pour la plupart aux streptocoques, pneumocoque mis à part. Pour prévenir la streptococcie, on pratique l'antisepsie rigoureuse du nez, de la bouche et de la gorge. Lorsque l'on n'a pu empêcher par la prophylaxie le développement de la maladie, on doit mettre en œuvre le traitement curatif. Pas de spécifique jusqu'ici; les sels de quinine, peut-être (Mossé); pas de sérothérapie encore. La conduite à tenir diffère beaucoup selon qu'on a affaire à une grippe simple ou à une grippe compliquée. Dans la grippe simple, même forte, on peut, surtout plus l'enfant est jeune, restreindre son intervention aux indications capitales : 1° combattre l'action d'habitude profondément adynamisante de la maladie par les toniques, thé, café, alcool parfois; 2° favoriser l'élimination des produits infectieux par les boissons aqueuses abondantes, par le lait, le benzoate de soude (Alb. Robin). En cas d'hyperthermie, on s'adressera aux applications externes d'eau froide, lotions, drap mouillé, bains froids, de préférence même aux préparations de quinine, quoique recommandables. Quoique l'enfant supporte bien en général l'antipyrine, on ne doit pas oublier que cette substance ferme le rein. Elle n'a son indication que comme nervin, contre la douleur. Je déconseillerai les autres antithermiques chimiques, phénacétine, etc., sauf peut-être le salol; dans la grippe ganglionnaire, en dehors des applications locales, L. Concetti conseille le salicylate de soude.

Les préparations salicylées sont même prescrites d'une façon générale, par Bourget (de Lausanne). Dans la forme thoracique il y a indication à formuler une prescription en rapport avec les phénomènes locaux, révulsifs divers, etc. La forme gastro-intestinale nécessite un traitement, soit des vomissements par la glace à l'intérieur, la potion de Rivière, etc., soit de la diarrhée par les astringents et les antiseptiques, les enveloppements chauds, les lavements, parfois les purgatifs, huile de ricin, calomel, dont l'action aboutit à l'asepsie. Lorsque la grippe se complique, la lésion surajoutée domine parfois à tel point la situation que toute la thérapeutique doit s'attaquer à cette infection secondaire. Pneumonie, broncho-pneumonie, pleurésie, péricardite, néphrite, méningite, otite, etc., grippales, demandent le traitement particulier à ces infections, mais avec une indication supplémentaire créée par le cachet d'adynamie, d'asthénie, que la grippe imprime à tout ce qu'elle touche. C'est pourquoi elle laisse derrière elle de longues séquelles, une convalescence traînante, dont le jeune enfant a parfois de la peine à se remettre. Pour abréger la durée de cette convalescence, on prescrit la cure d'air ou d'altitude, le traitement hydro-minéral, l'hydrothérapie simple ou marine selon les âges, le massage, les frictions excitantes, l'huile de foie de morue, les préparations ferrugineuses et surtout l'alimentation copieuse.

## XIII

## FIÈVRE TYPHOÏDE

PAR LE D<sup>r</sup> H. MÉRY

Agrégré, médecin des hôpitaux.

**Historique.** — La fièvre typhoïde infantile a été longtemps confondue avec d'autres maladies sous le nom de fièvre rémittente infantile, de fièvre méasaraique. Louis et Chomel la croyaient absolument exceptionnelle; cependant en 1851 Constant en réunit quelques cas, Billard, Charcelay publièrent même des observations chez le nouveau-né; Abercrombie la signala à l'âge de six à sept mois; mais c'est du mémoire de Taupin (1859) et de la thèse de Rilliet (1840) que date véritablement l'histoire de la fièvre typhoïde infantile. Ces deux auteurs montrèrent sa fréquence, jusque-là méconnue, et la signalèrent également dans les premières années de la vie. Depuis lors de nombreux travaux ont été consacrés à l'étude de la fièvre typhoïde chez l'enfant; parmi eux nous citerons : Skokalski, Löschner, Friedleben, de 1846 à 1848; Friedreich en 1856; Pfyffner en 1875; Parrot en 1882; Cadet de Gassicourt, Hensch, Gerhardt, d'Espine. Tous ces travaux contribuèrent à établir la physionomie de la fièvre typhoïde infantile avec les points particuliers qui la caractérisent : l'atténuation des lésions, la bénignité plus grande de la maladie, la mortalité beaucoup moindre que chez l'adulte. On retrouve dans toutes ces œuvres le reflet de la description classique de Rilliet et Barthez et peut-être était-on arrivé à la fin de cette période de son histoire à considérer la fièvre typhoïde infantile sous un jour trop optimiste, aussi une réaction s'est-elle produite en ces dernières années contre ces appréciations. M. Glénard, dans une étude statistique complète, prouva qu'on avait estimé à un chiffre trop bas la mortalité. M. Moizard et ses élèves, Pouillot, Bacaloglu, Grenet montrèrent que les complications étaient plus fréquentes qu'on ne le pensait. Des travaux de même ordre furent inspirés par M. Guinon et de cette période de réaction est sortie, croyons-nous, l'appréciation plus exacte des caractères de la fièvre typhoïde chez l'enfant : pour être d'un pronostic certainement plus favorable que chez l'adulte elle n'en reste pas moins une maladie des plus sérieuses pouvant présenter la plupart des complications habituelles (perforation, hémorragie intestinale, troubles cardiaques). Quelques complications même sont plus fréquentes chez l'enfant, notamment les lésions ostéo-articulaires et les formes méningitiques.

**Étiologie.** — La fièvre typhoïde chez l'enfant est un peu moins fréquente que dans l'adolescence et dans l'âge adulte; sa fréquence diminue à mesure qu'on s'approche des premières années de la vie; elle est rare au-dessous de deux ans.