

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^r 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.

Au point de vue de sa fréquence suivant l'âge, on peut citer la statistique d'Ollivier qui a réuni 611 cas en quatre ans, de 1884 à 1888, à l'hôpital des Enfants-Malades :

De 0 à 2 ans	5 cas.	2 décès
De 2 à 5 —	7 —	6 —
De 5 à 5 —	55 —	12 —
De 5 à 10 —	217 —	25 —
De 10 à 15 —	349 —	47 —

Cadet de Gassicourt sur 267 cas a noté :

A 2 ans.	2 cas
A 5 —	7 —
A 4 —	8 —
A 5 —	15 —

et ainsi de suite une fréquence croissant progressivement jusqu'aux chiffres de 52-41-42 pour les enfants de 12-13 et 14 ans : En résumé, 65 au-dessous de 8 ans et 211 au-dessus.

De Montmollin, sur 295 cas observés à l'hôpital de Bâle, 1869-1884, a noté 6 cas dans la première année, 9 cas dans la seconde, 8 cas à 5 ans et 24 à 4 ans, etc. Tous les auteurs, en somme, s'accordent sur la plus grande fréquence dans la seconde enfance et sur la rareté au-dessous de 2 ans.

Le cas le plus précoce est celui de Gerhardt observé chez un nourrisson de trois semaines. Cassoute l'a observée à deux mois, Legry à quatre mois, Murchison, Rilliet, Henoeh, à six mois, (on retrouvera tous ces chiffres au chapitre spécial consacré à la fièvre typhoïde des nourrissons).

Il ne semble pas y avoir de prédisposition spéciale en ce qui concerne le sexe; sans doute, les garçons sont généralement plus frappés, cela tient surtout à ce qu'ils sont plus exposés aux sources de la contagion.

Au point de vue *étiologique* on sait que la fièvre typhoïde est surtout transmise par les eaux potables souillées par le bacille d'Eberth. Il est souvent difficile d'empêcher les enfants de boire des eaux impures et polluées et c'est pour cette raison qu'ils paraissent plus frappés dans certaines épidémies. Le lait, contaminé sans doute par l'eau de coupage, peut être le véhicule du bacille d'Eberth. Ballard a signalé ce mode de transmission dans l'épidémie d'Islington; Marfan en cite un autre fait, d'après Elgar Buck : dans l'infirmerie de Leicester survinrent douze cas de fièvre typhoïde parmi les pensionnaires qui buvaient du lait non bouilli; le fournisseur de lait succomba lui-même à la fièvre typhoïde. M. Kober, de Washington (Congrès de 1900) a relevé 195 épidémies de fièvre typhoïde propagées par la consommation du lait. Hart a signalé en Angleterre 50 épidémies dues au lait. Auerbach a observé à Cologne une épidémie provenant d'un lait infecté et ayant frappé surtout les femmes et les enfants.

Parmi les épidémies qui ont frappé plus spécialement les enfants, il faut citer celle observée par Stark, à Kiel, en 1884 : sur 152 cas, 100 atteignirent les enfants. Un fait semblable a été noté par Dunant, à Genève, en 1884; par Haushalter, à Nancy, en 1894.

En dehors de l'absence de précautions prises par les enfants, il faut remarquer que les jeunes sujets paraissent avoir une prédisposition à contracter la fièvre typhoïde; c'est ainsi que les faits de *contagion directe* sont beaucoup plus nombreux dans l'enfance (Netter, Guinon). En 1885 le Dr Ollivier citait des faits non douteux de contagion dans son service d'hôpital. Des épidémies familiales ont été produites par la contagion directe (faits de Debove, Gauthier de Charolle). M. Guinon en a signalé plusieurs cas à la Société médicale des hôpitaux en décembre 1897; M. Netter de même, et à l'occasion des faits observés dans son service, M. Netter a fait une enquête sur les cas intérieurs de fièvre typhoïde survenus à l'hôpital Trousseau de 1891 à 1895. Il a été relevé 27 cas intérieurs parmi les enfants. Sur ces 27 cas, 24, soit 89 pour 100 ont été relevés dans les six salles recevant seules des typhoïdants; le nombre de lits de ces salles est de 162; le nombre total de lits de l'hôpital étant de 619. Il n'y a eu que trois cas intérieurs de fièvre typhoïde dans les autres salles. Mme Donzeau rapporte 4 cas de fièvre typhoïde observés dans une salle de chroniques du service de M. le professeur Grancher, à la suite du passage de typhiques venant d'une salle d'aigus; auparavant, il n'y avait jamais eu de fièvre typhoïde dans cette salle.

M. Guinon signala également d'autres faits analogues en 1899.

Chez les nourrissons on a observé aussi des faits de contagion directe de la fièvre typhoïde, telle l'observation de Gerhardt. On a admis également qu'une nourrice pouvait donner la fièvre typhoïde à son enfant par le lait; Schädler, Hérard, Uffelmann, Nobécourt ont cité des cas d'enfants nourris par des mères typhiques qui ont été eux-mêmes atteints de fièvre typhoïde. Cette transmission n'est d'ailleurs pas fatale, comme l'a montré Gerhardt. On peut d'ailleurs se demander s'il ne s'agit pas là plutôt de contagion directe que de transmission par le lait. D'autre part un enfant au sein peut être atteint de fièvre typhoïde sans que la nourrice présente le moindre phénomène morbide. Chambard-Hénon a rapporté un cas de fièvre typhoïde chez une fillette de 15 mois nourrie au sein. J'ai vu le même fait chez un enfant de 9 mois.

Non seulement le bacille d'Eberth, mais la substance agglutinante peut passer dans le lait de la nourrice (Achard et Bensaude. *Le passage de la substance agglutinante dans le lait des nourrices atteintes de fièvre typhoïde. Société médicale des hôpitaux*, 1896). MM. Landouzy et Griffon ont signalé la transmission du pouvoir agglutinant par l'allaitement, l'enfant présentant la réaction agglutinante sans avoir eu lui-même la fièvre typhoïde. Il s'agissait d'une femme de 19 ans, qui eut, trois mois après son accouchement, une atteinte de fièvre typhoïde de moyenne intensité. Elle entra dans le service de M. Landouzy au cours du 2^e septénaire allaitant encore son enfant. Le séro-diagnostic fut positif chez la mère. On eut l'idée de le chercher chez l'enfant qui paraissait en très bonne santé, et le résultat fut nettement positif. M. Castaigne a publié un cas analogue.

Si la transmission de la fièvre typhoïde par le lait de la nourrice ou de la mère est encore un peu hypothétique, il est en revanche bien établi que le bacille d'Eberth peut passer de la mère au fœtus à travers le placenta.

L'infection typhique congénitale est prouvée par des faits de Reher, Neuhauss, Chantemesse et Widal, Eberth, Hildebrandt, Legry, Janisewski, Freund et Lewy, Minati et Étienne, réunis par M. Marfan dans sa revue sur la fièvre typhoïde congénitale.

La femme grosse atteinte de fièvre typhoïde expulse un fœtus dont les organes peuvent contenir le bacille d'Eberth; le fœtus est le plus souvent tué dans l'utérus ou, s'il naît vivant, il succombe à une septicémie à caractère hémorragique, avec lésions prédominantes du foie et de la rate.

Ces faits de septicémie typhique congénitale sont d'ailleurs très rares, on n'en a pas observé plus de 9 à 10 cas. MM. Chambrelent et Saint-Philippe ont rapporté l'observation d'un enfant né à terme d'une mère typhique avec les symptômes suivants : ictère, gros foie, catarrhe bronchique et phénomènes de collapsus. Le séro-diagnostic fut positif. Le Dr Georges Blumer a cité un fait des plus curieux : une femme atteinte de fièvre typhoïde 4 mois et demi avant l'accouchement met au monde un enfant à terme qui fut atteint le cinquième jour de septicémie hémorragique et mourut le neuvième jour. On retrouva le bacille d'Eberth dans la rate et le poumon. Il y a eu là un fait curieux de persistance du bacille d'Eberth dans l'organisme maternel ou fœtal. MM. Chantemesse et Widal ont reproduit expérimentalement ces faits de septicémie typhique congénitale.

Il faut se rappeler d'ailleurs qu'une femme grosse atteinte de fièvre typhoïde ne transmet pas fatalement la maladie au produit de conception.

Il n'existe aucun document sur l'immunité que pourrait posséder l'enfant né d'une mère typhique ni sur sa durée.

Anatomie pathologique. — Tous les auteurs depuis Rilliet et Barthez sont d'accord pour admettre que les lésions intestinales sont moins accusées chez les enfants que chez les adultes. Les plaques de Peyer seraient moins tuméfiées, à peine saillantes, sous forme de plaques molles et souvent guériraient sans ulcération en s'effaçant déjà vers le quinzième jour de la maladie. Rilliet et Barthez, Friedreich, Löschner admettent que la production d'ulcérations est plutôt l'exception. Ces ulcérations seraient d'autant moins nombreuses et moins étendues que l'enfant serait plus jeune. Il existe même des cas de fièvre typhoïde, sans aucune lésion intestinale chez l'enfant comme chez l'adulte. Bryant (*Brit. med. Journal* 1899) cite le cas d'un enfant de 21 mois, mort au bout de 22 jours d'une affection fébrile accompagnée de signes de gastro-entérite et de broncho-pneumonie. Le séro-diagnostic avait été positif. A l'autopsie l'intestin était absolument sain et les plaques de Peyer ne présentaient aucune lésion. Cependant le bacille d'Eberth fut isolé des ganglions mésentériques très hypertrophiés et ramollis. De pareils faits sont exceptionnels et les résultats apportés par divers auteurs sembleraient même contredire l'opinion de Rilliet et Barthez qui considèrent les ulcérations comme très rares. Pfyffner sur 55 autopsies ne constate que dans 9 cas l'absence d'ulcérations; Gerhardt, sur 45 cas mortels, la note 14 fois; Steiner, 4 fois sur 20; de Montmollin, 6 fois sur 26 autopsies. On considère généralement l'apparition des ulcères comme tardive; de Montmollin les a vus au neuvième jour, au onzième et deux

fois au douzième. La cicatrisation peut être très lente. Cet auteur a vu des ulcères persistant au soixante-neuvième jour. Les ulcérations s'observent surtout au niveau de la valvule iléo-cœcale, cependant on peut les voir assez fréquemment dans les diverses parties du côlon.

La perforation intestinale est une des complications le plus fréquemment observées chez l'enfant. Le siège de la perforation est d'ordinaire la dernière portion de l'intestin grêle, les soixante derniers centimètres. Les perforations sont d'autant plus communes que l'on se rapproche de la valvule iléo-cœcale, cependant Le Gendre a rapporté un cas de perforation au niveau du duodénum. Les perforations siègent quelquefois sur le gros intestin et particulièrement dans le cœcum. Orton a cité un cas de perforations multiples du côlon. Dans un fait de perforation au cours d'une rechute de fièvre typhoïde, j'ai constaté à l'autopsie une perforation siégeant au niveau de l'S iliaque; tout le gros intestin présentait des ulcérations, on en trouvait jusque vers le rectum. Le Professeur Hutinel a rapporté un cas de perforation typhique du rectum. On a signalé des lésions d'appendicite typhique (Murchison, Zuber, etc.) ayant entraîné des perforations. Heurtaux, de Nantes, a rapporté un cas de perforation au niveau d'un diverticule de Meckel.

Généralement la perforation est unique; cependant on peut observer des perforations multiples (cas de Morestin, de Brun).

La tuméfaction des ganglions mésentériques serait constante et très prononcée dans la fièvre typhoïde infantile, leur grosseur varie du volume d'un haricot à un œuf de pigeon, ils sont rouges ou gris rougeâtres, mous. Il est très exceptionnel de les voir suppurer. Cette tuméfaction des ganglions mésentériques n'est pas spéciale à la fièvre typhoïde, M. Marfan a montré qu'on les rencontrait également dans les entérites.

En ce qui concerne les lésions observées du côté du cœur chez les enfants ayant présenté pendant la vie des troubles du côté du myocarde, deux faits peuvent se produire :

L'absence totale de lésions du muscle cardiaque, les troubles observés étant d'origine nerveuse pure; le fait est très fréquent surtout chez l'enfant, et Bacaloglu y insiste avec raison. Il a montré que les lésions histologiques du myocarde pouvaient manquer dans des cas où macroscopiquement l'aspect du cœur, pâle, mou, flasque, permettait de croire à leur existence. La véritable myocardite est donc rare chez l'enfant. Bacaloglu en cite deux cas. Pouillot deux cas et Calamet trois observations. Le cas de Hallé et Rabé, rapporté dans la thèse de Bacaloglu, présentait des lésions considérables portant à la fois sur le tissu conjonctif, sur le stroma, et sur les fibres musculaires elles-mêmes.

La lésion du stroma consistait dans un épaissement des fibres conjonctives intra et inter-fasciculaires; c'était une sclérose jeune, ayant l'aspect du tissu muqueux qui atteignait également les grands espaces conjonctifs; la péri-artérite était très accusée. Les fibres musculaires présentaient une atrophie très marquée, un état trouble produit par la disparition des striations longitudinales et transversales. On y rencontrait également les lésions suivantes : vacuolisation de la fibre, état grillagé de Renaut, dissociation

segmentaire. Les noyaux musculaires étaient proliférés dans certaines cellules. Les espaces conjonctifs présentaient par place des amas de cellules embryonnaires; il est rare, d'ailleurs, de trouver des lésions pareilles, frappant à la fois les vaisseaux, le muscle et le tissu conjonctif.

Weill et Barjon décrivent chez l'enfant, dans la fièvre typhoïde, une myosite parenchymateuse pure sans lésion conjonctive ni vasculaire. Dans les observations publiées par Calamet, les lésions paraissent également porter presque exclusivement sur les fibres musculaires.

Les lésions des autres organes ne présentent rien de particulier chez les enfants et les particularités très rares qui pourraient exister seront signalées à propos de l'étude clinique des diverses complications.

M. Marfan insiste sur les difficultés que peut offrir le diagnostic anatomique de la fièvre typhoïde chez les nourrissons. On retrouve, en effet, dans la fièvre typhoïde du nourrisson, ce peu de tendance à la lésion locale qu'offrent les infections à cet âge, et quelquefois le diagnostic anatomique serait impossible s'il n'appelait à son aide avant ou après le décès le diagnostic bactériologique. Le diagnostic anatomique avec la gastro-entérite est d'autant plus difficile, que celle-ci peut entraîner un certain degré de tuméfaction des plaques de Peyer et des follicules clos isolés.

Symptômes de la fièvre typhoïde normale. — Le tableau clinique offert par la fièvre typhoïde chez l'enfant rappelle par la généralité de ses caractères celui de la maladie de l'adulte, modifié toutefois dans la plupart des cas par une certaine atténuation des symptômes. Il est cependant certains caractères particuliers à l'enfance que nous nous attacherons surtout à mettre en lumière, glissant plus rapidement sur les traits communs à la maladie observée chez l'adulte.

Le *début* nous offre justement dans un assez grand nombre de cas un de ces caractères particuliers à la fièvre typhoïde infantile, la *Brusquerie* sur laquelle Sevestre a insisté récemment, après Rilliet et Barthez, Cadet de Gassicourt. Un enfant, jusque là bien portant, est pris brusquement, dans l'après-midi, de vomissements avec céphalalgie intense et fièvre; la fièvre le soir même monte à 40 degrés. Sevestre rapporte deux cas semblables dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux, le 8 juin 1900. Quelques mois plus tard, j'ai observé un cas aussi frappant: un enfant de 7 ans, qui, la veille en santé excellente, avait pu accompagner son père à la chasse, est pris subitement de fièvre très vive, de vomissements, de mal de gorge et une fièvre typhoïde grave s'installe. Comme le disait fort bien Vidal, la fièvre typhoïde éclate alors d'une façon brusque et violente à la façon d'une pneumonie. La température atteint 40 degrés dès le premier ou le second jour, mettant ainsi en défaut la loi de Wunderlich. Les *vomissements*, qui sont un élément constant de ce mode de début, sont d'ailleurs presque la règle chez les enfants, alors que chez l'adulte, ils sont tout à fait exceptionnels. Dans certains cas, comme l'a indiqué Variot, ces vomissements peuvent prendre les caractères des vomissements incoercibles, au moins pendant les premiers jours.

Cadet de Gassicourt a signalé l'angine simple pultacée comme accident

initial de la fièvre typhoïde; quand les symptômes angineux coexistent avec un début brusque et des vomissements, on peut songer au début d'une fièvre éruptive comme la scarlatine; le fait a été signalé par Pouillot et par Halipré. J'ai noté ce *début angineux* dans le cas que j'ai rappelé plus haut.

Le *début appendiculaire de la fièvre typhoïde* infantile a été signalé par M. Moizard (*Journal de médecine et chirurgie pratiques*, 10 juillet 1899). Je viens d'observer récemment un cas où le début de la fièvre typhoïde a été marqué par des phénomènes appendiculaires ou du moins simulant l'appendicite; il s'agissait d'un garçon de quatorze ans qui fut pris assez brusquement de fièvre vive, de vomissements presque incoercibles, avec douleur dans la fosse iliaque droite, léger empatement et réaction de défense, si bien que je crus devoir faire appliquer par précaution de la glace sur le ventre. Au bout de trois ou quatre jours tous ces phénomènes locaux disparurent, le ventre devint souple et indolore, enfin les vomissements s'arrêtèrent et la fièvre typhoïde suivit un cours normal jusqu'à une rechute dont le début, fait curieux, fut marqué par le retour des mêmes phénomènes appendiculaires de moindre durée cependant.

Dans certains cas le *début de la fièvre typhoïde simule absolument la grippe*. Potain avait insisté sur les faits de cet ordre chez l'adulte; on peut en observer d'analogues chez l'enfant, tel celui d'un enfant de 9 ans entré pour de l'angine, du catarrhe naso-pharyngien, ayant présenté des phénomènes de laryngite striduleuse, et chez lequel évolua ensuite une fièvre typhoïde de moyenne intensité.

Période d'état. — Les phénomènes subjectifs accompagnant l'état fébrile, courbature, mal de tête, insomnie, sont généralement moins marqués chez l'enfant. L'épistaxis s'observe dans la moitié des cas, mais elle est fréquente dans la plupart des maladies infantiles; on observe quelquefois des épistaxis formidables nécessitant le tamponnement.

Courbe thermique. — On sait que Wunderlich a schématisé la courbe thermique de la fièvre typhoïde de l'adulte, il la divisait en trois périodes distinctes: période des oscillations ascendantes, durant cinq à six jours, période de plateau ou de très courtes oscillations qui dure de neuf à vingt jours, enfin période des oscillations descendantes dont la durée est variable mais souvent assez prolongée chez l'adulte. Les oscillations durant cette période sont très étendues et beaucoup plus marquées que dans la période de début.

Chez l'enfant, comme nous l'avons déjà dit, la période des oscillations ascendantes manque le plus souvent, la période de plateau est atteinte très rapidement, quelquefois brusquement dès le début de la maladie. On peut s'en rendre compte sur la courbe ci-dessous, qui est celle d'un enfant de sept ans atteint de fièvre typhoïde grave. Au contraire, dans ce tracé, la période de plateau et la période de descente n'offrent aucune différence avec ce qu'on peut voir chez l'adulte.

La *déferescence* peut plus rarement que le début s'opérer d'une façon brusque, le fait a déjà été signalé par Cadet de Gassicourt et par Jaccoud: en vingt-quatre ou quarante-huit heures la température tombe de plusieurs