

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

degrés, rappelant presque la défervescence d'une pneumonie franche. Cadet de Gassicourt cite un fait de défervescence brusque survenue au quinzième jour d'une fièvre typhoïde : en vingt-quatre heures la température tomba de 41° à 36°.

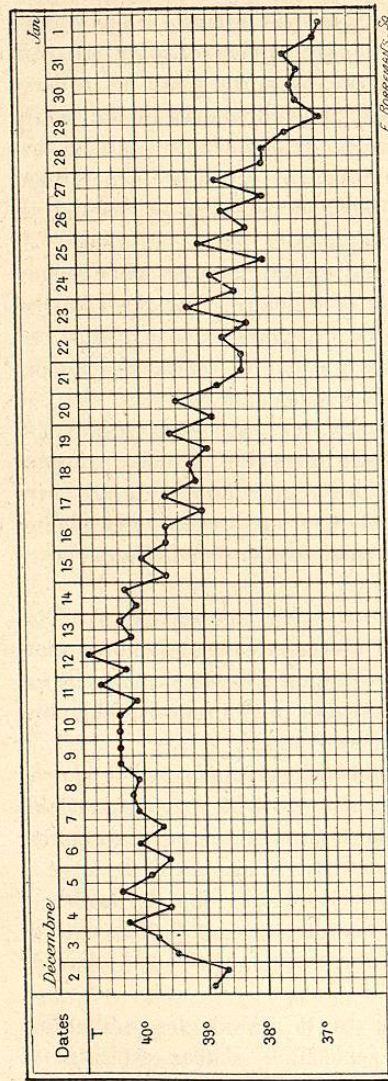


Fig. 1. — Début brusque. Courbe rappelant l'évolution de la fièvre typhoïde de l'adulte.

La période des oscillations descendantes peut offrir la modification de la courbe thermique désignée sous le nom de *stade amphibole* ou *stade en arcade* de Cadet de Gassicourt, constitué par une élévation insolite de la température comprise entre deux températures plus basses; cette modification de la courbe thermique n'aurait pas pour Cadet de Gassicourt d'importance pronostique fâcheuse. Dans les cas mortels la température se relève souvent brusquement à la fin de la maladie.

Les enfants supportent admirablement les températures élevées; comme l'a dit Cadet de Gassicourt, une température qui serait de l'hyperthermie pour l'adulte ne l'est pas pour l'enfant.

Les troubles digestifs sont souvent peu marqués; la diarrhée manque souvent et surtout au début fait place à la constipation. Les vomissements existent rarement à la période d'état. La langue a l'aspect caractéristique rouge et mince sur les bords et à la pointe, recouverte au milieu d'un enduit saburral plus ou moins épais. M. Marfan a signalé une desquamation de la langue en forme de triangle qui s'étend de la pointe à la base. Dans les formes graves la langue se sèche et se recouvre, ainsi que les lèvres, de fuliginosités.

Les symptômes abdominaux, météorisme, douleur dans la fosse iliaque droite, gargouillement, manquent souvent ou sont peu marqués.

L'hypertrophie de la rate est un bon symptôme de la fièvre typhoïde infantile; pour certains auteurs (Kaulich) ce serait un signe presque constant. Je l'ai observé à peu près dans la moitié des cas.

Il faut se rappeler que c'est la palpation qui renseignera le mieux chez l'enfant sur l'état de la rate; les doigts recourbés en crochet sous les

fausses côtes gauches la sentiront facilement venant butter contre eux dans les mouvements d'inspiration.

Avec l'hypertrophie de la rate les taches rosées lenticulaires constituent les deux signes principaux qui permettront d'affirmer le diagnostic de fièvre typhoïde. Elles ne sont cependant pas constantes et manqueraient même plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte (Rilliet et Barthez), dans un tiers des cas environ. En revanche, dans certains cas, elles sont plus abondantes et plus précoces dans la fièvre typhoïde infantile. Il n'est pas exceptionnel de voir l'éruption se généraliser simulant presque une roséole; ces éruptions très abondantes seraient d'un pronostic favorable d'après Rilliet et Barthez, Jaccoud et Marfan. Weill a réuni ces faits sous le nom de *forme exanthématique*. L'éruption dure rarement plus de 7 à 8 jours.

Les phénomènes cardio-vasculaires dans la fièvre typhoïde normale n'offrent rien de particulier chez l'enfant; le pouls, irrégulier, oscille entre 100 et 140. On a noté la rareté du dirotisme avant dix ans.

Les phénomènes thoraciques, caractérisés par la bronchite habituelle des typhiques, manquent assez rarement.

Les phénomènes nerveux de la période d'état sont souvent peu marqués et n'offrent point de rapport avec l'hyperthermie. Le délire est rare. Le syndrome urinaire n'a pas été l'objet d'études très nombreuses et ne présente rien de spécial à l'enfant. L'albuminurie légère est assez fréquente. Les urines, rares à la période d'état, augmentent à mesure qu'on s'approche de la convalescence.

L'examen du sang fournit les renseignements les plus précieux: les leucocytes seront au-dessous de la normale, la non-formation de réseau fibrineux assurera le diagnostic avec la pneumonie, enfin le séro-diagnostic de Widal viendra confirmer scientifiquement le diagnostic clinique déjà porté et pourra trancher les difficultés, si le diagnostic clinique est resté hésitant. Ces procédés et leurs résultats seront exposés plus longuement au chapitre du diagnostic.

La durée de la période d'état est comme chez l'adulte d'une dizaine de jours, elle fait place ensuite à la période de *déclin* ou d'oscillations descendantes qui est semblable également à celle observée chez l'adulte, elle n'est pas aussi souvent écourtée que la période de début.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les phénomènes particuliers à cette

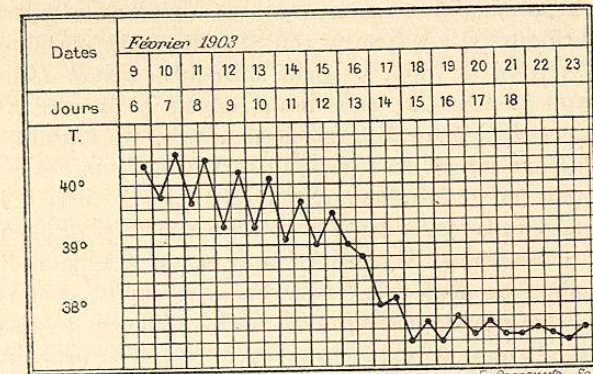


Fig. 2. — Défervescence rapide.

période et qui n'offrent rien de bien spécial : crise urinaire, amaigrissement, sueurs. Les sueurs seraient très fréquentes et accompagnées de sudamina ; d'après Marfan les sudamina apparaîtraient du dix-septième au vingtième jour, siègeraient surtout sur le tronc, particulièrement à la peau du ventre et à la base du cou. Il peut y avoir plusieurs éruptions successives.

Weill, de Lyon, a signalé la fréquence de la *desquamation* dans la fièvre typhoïde infantile ; cette desquamation se montre à la fin de la maladie ou même seulement dans la convalescence, dix à quinze jours après la chute de la température. Elle siègerait surtout au tronc et à la racine des membres et du cou et n'atteindrait jamais, d'après M. Marfan, la face, ni la paume des mains ni la plante des pieds. Pour ma part j'ai vu plusieurs fois, au contraire, une desquamation marquée de la paume des mains et de la plante des pieds, sans cependant voir l'épiderme des doigts s'enlever en doigt de gant comme dans la scarlatine. M. Weill attribue cette desquamation à un trouble de nutrition de l'épiderme engendré par la maladie, analogue aux altérations unguéales et à la chute des cheveux. M. Marfan et M. Comby attribuent cette desquamation aux sudamina abondants existant pendant la maladie. Il n'est pas douteux que les sudamina entraînent à leur suite, dans la fièvre typhoïde comme dans la scarlatine, une desquamation particulière, mais peut-on expliquer ainsi tous les phénomènes de desquamation observés chez les typhiques, particulièrement la desquamation en grands lambeaux constatée à la paume de la main ? Il m'a semblé que les typhiques traités par les bains présentaient plus que d'autres cette desquamation qu'on pourrait expliquer par une macération de l'épiderme.

La *convalescence* de la fièvre typhoïde est marquée par les phénomènes habituels : apyrexie, ralentissement du pouls, polyurie, amaigrissement ; elle est rapide dans les formes légères, dans les formes graves elle est relativement aussi longue que chez l'adulte. Marfan a signalé à la suite de la fièvre typhoïde une stupeur cérébrale avec inaptitude pour le travail intellectuel. On observe fréquemment aussi une poussée de croissance rapide et excessive, ainsi qu'en témoignent les vergetures cutanées qui peuvent apparaître au-dessus du genou et dans d'autres régions du corps. Certaines complications sont spéciales à la convalescence, en particulier les complications osseuses et quelques complications nerveuses.

La durée de la fièvre typhoïde normale est de vingt et un jours, mais chez l'enfant, et sans qu'il s'agisse de formes abortives, elle est souvent écourtée et ne dure guère que quinze jours. Après avoir décrit l'évolution normale de la fièvre typhoïde, nous allons passer en revue les complications qui peuvent se présenter du côté des divers appareils.

**Complications.** — *Tube digestif.* — L'angine est assez rare, cependant elle peut marquer le début de la maladie comme l'a montré Cadet de Gassicourt. Il existe quelquefois des ulcérations de la bouche disséminées et semblables à des aphtes. (Révilliod, *Thèse de Paris*, 1886). J'ai observé récemment dans deux cas des ulcérations symétriques situées sur les piliers antérieurs au-dessous des amygdales, analogues à celles que M. Duguet a décrites chez l'adulte.

En ce qui concerne les complications intestinales, on a admis leur grande rareté dans la fièvre typhoïde infantile. M. Marfan a écrit que les hémorragies et les perforations de l'intestin ne s'observent presque jamais, mais il semble que cette rareté ait été un peu exagérée par les auteurs classiques. Si Roger n'a vu qu'un cas de perforation sur 550 cas de fièvre typhoïde, si Baginsky et Henoeh ne l'ont observée qu'une seule fois, cette complication a paru bien plus fréquente à d'autres auteurs. Murchison, sur un total de 75 perforations rapportées dans son *Traité de la fièvre typhoïde*, a observé 10 cas chez des enfants au-dessous de 10 ans et 8 cas chez des enfants de 10 à 14 ans. De Montmollin a observé 7 cas de perforation sur 90 fièvres typhoïdes. Les hôpitaux d'enfants de Paris dans ces six dernières années ont fourni au moins 14 ou 15 cas de mort par perforation intestinale (Lejars, Brun, Legueu, Morestin, Variot, Barbier, Ausset, Guinon, Sevestre, Méry). M. Setbon, sur un total de 1506 fièvres typhoïdes infantiles, a trouvé 26 cas de perforation en y comprenant les statistiques très favorables de Roger, de Rilliet et Barthez. La perforation se rencontrerait dans 1,72 pour 100 des cas environ, alors que chez l'adulte la proportion, d'après Murchison, Griesinger, serait de 5 pour 100. Sa fréquence relative est donc encore assez grande ; elle s'observe d'autant plus souvent que les enfants sont plus avancés en âge : chez les nourrissons elle est tout à fait exceptionnelle. Cependant Dawtrey-Drewitt l'a observée chez un enfant de 19 mois. Cette perforation se produit généralement au cours du troisième septénaire ou à la fin du second. Barthez a signalé un cas de perforation au huitième jour et Morestin au dixième. Setbon a réuni 5 cas de perforation au cours de rechutes.

Les causes occasionnelles de ces perforations sont variables : on a accusé les purgatifs énergiques, les fautes de régime, le bain même, tout cela sans preuves absolues.

L'hémorragie intestinale peut être le signe précurseur d'une perforation, mais il est loin d'en être toujours ainsi ; il semble même que la fréquence relative des perforations soit plus grande que celle des hémorragies intestinales. Les symptômes cliniques n'ont rien de spécial chez l'enfant, ils présentent la même gravité et la même rapidité d'évolution que chez l'adulte : chute brusque de la température, symptômes abdominaux plus ou moins marqués quand la réaction péritonéale est accusée. Dans d'autres cas absolument sidérants le malade n'accuse aucune douleur abdominale, le ventre ne se ballonne pas, il n'y a pour ainsi dire pas de réaction de défense. C'est alors que les modifications du pouls, sa petitesse, sa fréquence excessive, acquerront une grosse importance ; de même la suppression des urines et la disparition de la matité hépatique.

Il est très important de porter rapidement le diagnostic de perforation intestinale. Les phénomènes de collapsus peuvent être produits par d'autres causes, en particulier par l'hémorragie intestinale, par une dégénérescence hépatique à un haut degré, comme l'a montré Roger, mais il n'y a pas dans ces cas de phénomènes péritonéaux véritables. Il serait intéressant pour les cas difficiles de recourir à l'examen hématologique : on sait, en effet, que