

lution, il faut rappeler que, dans les formes à début méningitique, il arrive assez souvent que les phénomènes méningés disparaissent au bout d'un certain temps, la maladie reprenant la physionomie habituelle de la fièvre typhoïde. A côté de la forme méningitique vraie, il faut signaler des cas où la fièvre typhoïde débute par des phénomènes convulsifs, sans qu'il y ait au complet le tableau de la méningite : j'ai observé le fait chez un enfant, d'ailleurs prédisposé par une affection comitiale antérieure.

Plus rarement la fièvre typhoïde exerce son action sur les centres nerveux mêmes : l'accident le plus fréquent est l'aphasie ; sur 17 cas d'aphasie typhoïdique signalés par M. Landouzy dans sa thèse d'agrégation, 16 appartiennent à l'enfance. Kühn (Thèse de Fribourg, 1882) cite plusieurs cas d'aphasie typhique observés surtout entre 8 et 11 ans. L'aphasie survient assez brusquement dans le cours de la troisième semaine ou plus tard dans la convalescence ; elle disparaît le plus souvent au bout de deux ou trois semaines et n'est pas accompagnée d'hémiplégie. D'Espine, qui en a observé un cas, la croit due à des phénomènes d'anémie ou de suffusion séreuse, sans lésions matérielles de la troisième circonvolution.

Ces lésions n'existaient pas dans deux autopsies faites par Eisenschitz et par Escherich et Fischl. Cependant Galatti en 1897 a signalé un cas d'aphasie avec hémiplégie droite ; Vidal (*Montpellier médical*, 1897) rapporte un fait analogue. De la Harpe a signalé la coexistence de l'aphasie avec des mouvements choréiformes.

La paraplégie par névrite est plus rare. Henoeh en signale un cas chez une fillette de 11 ans, survenu au cours de la convalescence, s'accompagnant d'atrophie musculaire, avec réaction de dégénérescence. La guérison fut obtenue en trois mois. Alexander a publié un cas analogue.

M. Comby a observé chez l'enfant des cas de vésanie temporaire à la suite de la fièvre typhoïde. Adams (*Arch. of Pediat.*, 1896) cite quatre cas de vésanie post-typhique chez des enfants de 7 à 15 ans : dans deux cas il s'agissait de délire maniaque avec agitation violente et mouvements désordonnés ; dans les autres faits il existait une forme mélancolique avec hébétéude, stupeur, idiotie. Tous ces faits ont été suivis de guérison. M. Ségla s a rapporté, en 1896, à la Société des hôpitaux, un fait analogue.

Complications osseuses et articulaires. — Deux raisons expliquent la prédominance des complications ostéo-articulaires dans la fièvre typhoïde infantile : d'une part, comme le dit M. Marfan, le tissu osseux se trouve, à cause de la croissance, dans des conditions particulières favorables à la fixation et à la pullulation des microbes ; d'autre part, on sait que le bacille d'Eberth a une prédilection pour la moelle osseuse. Chantemesse a montré qu'en injectant des cultures de bacille d'Eberth dans le sang du lapin, on retrouvait au bout de quelques jours du bacille dans la moelle osseuse. Rappelons également la conception de Sanarelli qui faisait de la fièvre typhoïde une maladie du système lymphatique.

Les complications osseuses sont bien plus importantes et plus fréquentes que les complications articulaires. Elles ont été l'objet de nombreux travaux (Keen, Chantemesse et Widal, Broca et Achard). Dehu, sur onze cas d'os-

téite à bacille d'Eberth, en a observé huit au-dessous de 20 ans. Le début est souvent tardif, pendant la quatrième semaine ou la convalescence ; elles ont souvent éclaté à l'occasion d'une rechute¹. Elles siègent de préférence sur le tibia, plus rarement sur le cubitus, les métatarsiens et les côtes. On a signalé des ostéites de la colonne vertébrale. On décrit cliniquement quatre formes d'ostéite (Marfan) : 1° une forme bénigne rhumatoïde, se terminant par résolution ; 2° une forme suppurée aiguë, débutant au bout de quatre semaines et aboutissant à une collection purulente ou hémorragique ; 3° une forme suppurée chronique, qui rappelle tout à fait les abcès froids ; 4° une forme chronique, procédant par intermittences et aboutissant à la formation d'exostoses, qui peut simuler la syphilis héréditaire.

Des faits de véritable mal de Pott typhique ont été signalés par Joseph Lauger (*Centralblatt für Kinderheil*, 1902). Il s'agit d'un enfant de 12 ans qui présenta pendant sa convalescence des phénomènes de cyphose et de raideur de la colonne vertébrale ; il y avait de la tuméfaction et de la rougeur au niveau de la région lombaire ; la douzième dorsale et les trois premières lombaires étaient douloureuses. Le malade fut guéri en un mois par l'immobilisation. Pendant l'évolution de l'ostéite vertébrale il eut de la fièvre.

Les lésions articulaires signalées par Bouillaud, Roser, Albert Robin, Lannelongue, Florange, sont beaucoup plus rares que les manifestations osseuses, surtout chez l'enfant. Ces manifestations articulaires peuvent exister dès le début de la maladie, arthro-typhus de Robin. Elles se présentent sous deux formes principales : une forme polyarticulaire — polyarthrite typhique subaiguë — survenant du deuxième au troisième septénaire, avec phénomènes douloureux le long des membres, puis localisés aux articulations. Celles-ci peuvent ne présenter aucune tuméfaction, comme dans le cas d'arthralgie généralisée, publié par Potier. Dans la seconde forme, les lésions articulaires sont plus localisées ; un type de cette variété est la monoarthrite coxo-fémorale.

Il est bon de remarquer que, dans ces cas d'arthrite limitée, les lésions osseuses l'emportent de beaucoup sur les lésions articulaires ; ainsi, chez un enfant de 14 ans, observé dans le service de M. Grancher, qui se plaignait de douleurs de la hanche droite et du genou droit, on notait un épaissement considérable du grand trochanter et de l'extrémité inférieure du fémur. Cet enfant présenta des phénomènes d'arthrite secondaire du côté de la hanche et du genou ; l'arthrite coxo-fémorale aboutit à une ankylose incomplète de l'articulation : le genou présenta de l'hydarthrose, le liquide examiné ne contenait aucun microbe, mais seulement des leucocytes polymorphes en assez grand nombre, et l'examen radiographique montra nettement un épaissement assez considérable du fémur droit, surtout au niveau du grand trochanter. Il est intéressant de constater que les manifestations articulaires sont presque toujours consécutives à des altérations des épiphyses voisines des articulations ; c'est ce qui explique probablement les

(¹) On les a observées même plusieurs années après la fièvre typhoïde.

faits assez nombreux où les liquides articulaires étaient stériles. Dans quel-

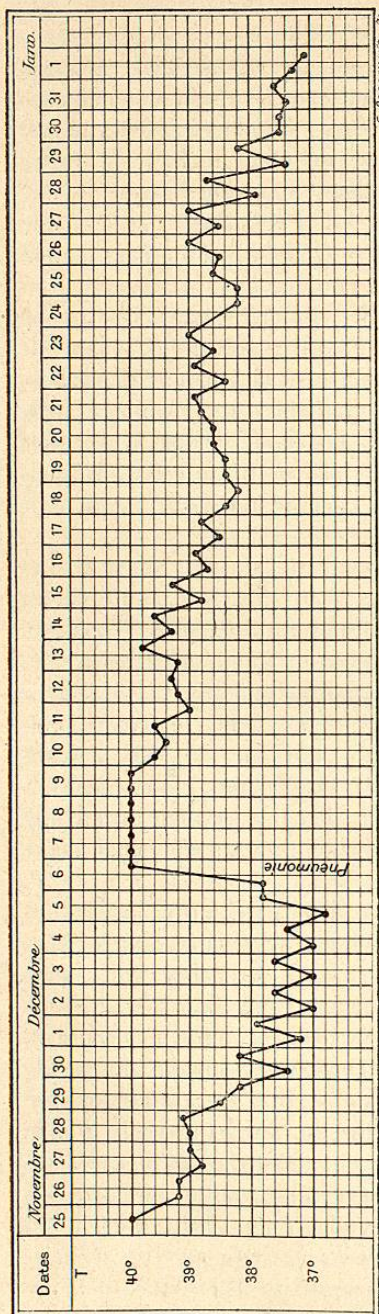


Fig. 5. — Pneumonie au début d'une rechute.

ques cas cependant on a pu trouver le bacille d'Eberth dans le liquide articulaire (Smirnow, Delanglade et Chibret). Le professeur Grancher a publié un cas de synovite suppurée à bacille d'Eberth.

Complications respiratoires. —

Elles sont assez fréquentes chez l'enfant et à la bronchite habituelle de la fièvre typhoïde peuvent succéder la congestion hypostatique et la broncho-pneumonie. La pneumonie franche peut survenir au cours de la fièvre typhoïde. M. Guinon a publié une observation intéressante de pneumo-typhus initial avec mort de la petite malade par congestion pulmonaire et septicémie au quinzième jour. J'ai observé récemment un enfant chez lequel la pneumonie marqua le début d'une rechute; comme on peut le voir sur la courbe (fig. 5), la température se maintint à 40° pendant quatre jours sans aucune oscillation, pour devenir ensuite plus irrégulière et rappeler la courbe habituelle de la dothiéntérie.

Les observations de pneumo-typhus initial sont assez nombreuses chez l'enfant. Cadet de Gassicourt en rapporte trois cas, Wolberg a également observé trois fois le pneumo-typhus. La pneumonie peut aussi survenir au cours de la fièvre typhoïde; les broncho-pneumonies sont encore plus fréquentes mais n'ont rien de particulier. Tollemer a signalé un cas de spléno-pneumonie. La pleurésie est assez rare. Sidney Philip a rapporté un cas de pleurésie purulente avec abcès miliaires du poumon.

Nous avons déjà signalé les cas où la fièvre typhoïde débutait par des phénomènes de *laryngite striduleuse*. Schuster a vu deux cas d'accidents laryngés initiaux avec angine, les cordes vocales étaient ulcérées et il y avait

de l'aphonie; ces phénomènes disparurent au bout de quelques jours pour faire place à une fièvre typhoïde normale. M. Guinon a publié à la Société de Pédiatrie, en avril 1900, une observation intéressante de *laryngo-typhus* chez un enfant de 10 ans. Haushalter a vu chez un enfant de 18 mois une laryngite ayant nécessité la trachéotomie.

Complications rénales. — Elles paraissent être assez rares dans la fièvre typhoïde infantile; l'*albuminurie* n'est généralement pas très abondante. Geier, qui a étudié l'albuminurie dans la fièvre typhoïde infantile, la considère comme très fréquente, mais peu intense; elle est assez souvent précoce, on l'a vue dès le deuxième jour. Elle apparaît généralement dans la première ou deuxième semaine et dure environ deux semaines. Fernet et Devic (*Province médicale*, 1890) sur 52 cas ont noté 26 fois l'absence complète d'albumine. Guimet (Thèse de Lyon, 1892) conclut que l'albuminurie est fréquente dans la fièvre typhoïde des enfants, mais qu'elle est généralement passagère et n'a pas de signification pronostique grave. Les formes rénales sont tout à fait exceptionnelles. M. Guinon a publié dans la *Revue des Maladies de l'Enfance* de 1899 une observation de néphrite typhique avec hématurie, albuminurie et bruit de galop. On a cité un cas de pyélite à bacille d'Eberth.

Les *hydropisies*, *œdème* et *anasarque* méritent de retenir plus longtemps notre attention: c'est là une complication qui est trop souvent passée sous silence, bien qu'elle ait été observée par Rilliet et Barthez, Grisolle, Valleix et surtout Trousseau. Cadet de Gassicourt signale l'oubli que l'on fait volontiers de ces complications et se demande si l'obscurité de la pathogénie de ces accidents n'en est pas la cause. Tantôt, en effet, ces hydropisies paraissent liées à la présence d'albumine dans les urines, tantôt, et le plus souvent, elles en sont tout à fait indépendantes, d'où cet aphorisme de Trousseau: *Dans la fièvre typhoïde, l'albuminurie s'accompagne rarement d'œdème et d'anasarque, et l'œdème ou l'anasarque s'accompagnent rarement d'albuminurie*. Ces œdèmes se rencontrent surtout dans la convalescence et Trousseau les considère comme dus à l'altération spéciale du sang qui favorise singulièrement l'exhalation et l'épanchement de sérosité dans les mailles du tissu cellulaire et dans les cavités closes.

A côté de l'anasarque de la convalescence, il est une autre forme, déjà décrite par Leudet en 1858, qui apparaît dans la période aiguë de la maladie, quelquefois très près du début. Rilliet et Barthez l'ont observée deux fois le cinquième jour de la maladie; dans ces deux cas l'infiltration fut générale et dura huit à dix jours. Il n'y avait pas d'albumine dans l'urine. Généralement, dit Leudet, l'anasarque survient vers la deuxième semaine de la maladie. Cadet de Gassicourt en a réuni 14 cas; le plus précoce au 9^e jour, le plus tardif au 40^e jour dans une forme prolongée. La durée a varié de 8 à 20 jours.

La forme d'anasarque est assez rare, le plus souvent il s'agit d'un œdème limité au scrotum, aux malléoles, et un peu à la face. J'ai observé personnellement 4 cas de ces œdèmes; chez 5 des malades il s'agissait d'œdèmes limités aux bourses et aux paupières; dans le 4^e cas, au contraire, il y eut

une anasarque généralisée analogue aux faits signalés par Rilliet et Barthez et les dépassant certainement par son intensité extraordinaire.

Voici le résumé de cette observation : il s'agit d'un enfant de 9 ans 1/2 que j'ai eu l'occasion d'observer en 1899 à l'hôpital des Enfants-Malades.

Il était entré au 6^e jour de sa maladie avec un état typhoïde prononcé, une rate grosse et débordant les fausses côtes, langue rôtie, donnant l'impression d'un état très sérieux et traité immédiatement par les bains froids à 24°. Le 5 août, 8 jours après l'entrée à l'hôpital, apparition brusque de l'œdème des bourses et de bouffissure des paupières. Le pouls présente quelques irrégularités, mais il n'y a pas d'albumine. Les jours suivants, l'œdème augmente; envahit le ventre, le dos. Le 6 août, on note que les parties sont grosses comme le poing, la fièvre atteint 41°, mais toujours sans albuminurie; on note seulement, le 8 août, un nuage extrêmement léger, qui disparaît d'ailleurs le lendemain. Le pouls est toujours irrégulier et très faible. L'œdème du scrotum avait pris de telles proportions que les parties avaient le volume d'une tête d'enfant à terme et que la peau distendue au delà de toute mesure, violacée, paraissait prête à se rompre ou à se sphacéler. On fut obligé de faire des mouchetures au niveau de cette région et cela non sans hésitation, car l'enfant, à la suite d'une injection de sérum artificiel faite les jours précédents, avait un abcès gazeux de la paroi abdominale; ces mouchetures eurent cependant le plus heureux effet : l'œdème du scrotum diminua très rapidement. Le 11 août, on incisa l'abcès gazeux et à partir de ce moment l'état de l'enfant s'améliora sensiblement. Cependant l'œdème du scrotum et des paupières persista plus ou moins marqué pendant la convalescence, il n'était pas encore disparu le 30 août.

A quoi attribuer cette anasarque? Ce n'est pas à coup sûr à l'albuminurie, qui n'a été constatée qu'à deux ou trois reprises et en quantité extrêmement minime. Chez ce petit malade, le cœur pourrait être suspecté plutôt, car on a constaté des irrégularités du pouls pendant une grande partie de la durée de la maladie, mais on voit bien souvent des lésions cardiaques beaucoup plus sérieuses dans la fièvre typhoïde sans que l'anasarque apparaisse. La pathogénie de cet accident est donc bien obscure; les paroles de Cadet de Gassicourt sont encore vraies à l'heure actuelle : « Cette hydropisie est un problème nosologique assez curieux précisément parce qu'on ne sait à quelles causes la rattacher. »

Il est certain que dans bien des cas ni le cœur ni le rein ne peuvent être incriminés. M. Lœper a donné de ces faits une explication ingénieuse : il attribue dans ces cas l'œdème à la rétention des matières excrémentielles et du chlorure de sodium dans la lymphe qui baigne les tissus et en particulier le tissu cellulaire sous-cutané. Pour assurer la dissolution de ces matières en excès dans la lymphe, il se fait une sorte d'appel de liquides (sérum du sang) vers les espaces lymphatiques et le tissu cellulaire sous-cutané, d'où la production d'œdème.

Ce problème pathogénique, encore si mal résolu, ne se pose pas simplement à propos des œdèmes et anasarques de la fièvre typhoïde; ces anasarques *sine materia* se rencontrent assez fréquemment dans la pathologie

infantile; on les a signalées dans la scarlatine, j'en ai observé une récemment à la suite de la rougeole, on les rencontre quelquefois même sans qu'on puisse trouver la cause originelle de l'anasarque.

Complications cutanées. — MM. Hutinel et Martin de Gimard ont signalé l'existence d'érythèmes infectieux survenant au cours de la fièvre typhoïde sous forme épidémique; avec les manifestations cutanées coexistaient des lésions buccales et péri-buccales caractéristiques des infections secondaires telles qu'on les observe dans toutes les maladies infectieuses de l'enfance, en particulier dans les fièvres éruptives : fissures labiales multiples, ulcérations d'apparence aphteuse avec enduit grisâtre siégeant autour de l'orifice des narines; en même temps, les phénomènes généraux les plus graves avec quelquefois hypothermie. C'est là le tableau des infections secondaires, en particulier des infections à streptocoques qui s'accompagnent volontiers de ces manifestations érythémateuses polymorphes, siégeant de préférence au niveau des articulations, pour envahir ensuite le tronc et la face. L'érythème dans certains points affecte la forme de macules; dans d'autres, plus confluent, il forme de larges placards lisses. Le pronostic est des plus graves.

Calton a signalé les mêmes phénomènes chez les malades du service de Legroux. J'ai observé ces érythèmes infectieux chez l'adulte dans des conditions assez curieuses; il s'agissait d'un service de crèche où les fièvres typhoïdes voisinaient avec les fièvres puerpérales; plusieurs cas, presque tous avec issue fatale, furent observés. Il est bien probable que le streptocoque des fièvres puerpérales n'était pas étranger à ces infections secondaires. M. Guinon a signalé des érythèmes purpuriques. On peut observer dans la convalescence des abcès et des furoncles; j'ai vu, dans un cas, des furoncles se développer au niveau des taches rosées. On a signalé des eschares sacrées dans les formes graves; nous avons déjà signalé les ulcérations des lèvres et du nez; les otites moyennes suppurées sont assez fréquentes. Toutes ces manifestations sont dues à des infections secondaires. Citons également les parotidites suppurées (Janowski, Tordeus).

Il ne faut pas oublier non plus les *maladies associées*, parmi lesquelles la tuberculose; la coexistence de ces deux maladies a été signalée dans la thèse de Bobinet (1888). Assez fréquemment la fièvre typhoïde apparaît chez les sujets déjà tuberculeux. Le fait le plus curieux c'est l'association de la fièvre typhoïde et de la tuberculose aiguë.

Haushalter a publié en 1895 deux faits de fièvre typhoïde qui présentèrent à l'autopsie, en même temps que les lésions ulcéreuses de la fièvre typhoïde, des lésions pulmonaires de la tuberculose aiguë; MM. Guinon et Meunier ont cité un fait analogue : chez un enfant de 8 ans déjà tuberculeux, survint une fièvre typhoïde démontrée par le séro-diagnostic et par l'existence de taches rosées. La granulie et la fièvre typhoïde évoluèrent parallèlement. A l'autopsie on trouva du bacille d'Eberth dans la rate et les lésions des deux maladies.

Formes. — Les formes de la fièvre typhoïde qui méritent une description spéciale sont caractérisées tantôt par la prédominance d'un symptôme,

d'une localisation particulière de la maladie, telle la *forme méningitique*; soit par des modifications dans l'évolution générale de la maladie, *formes abortives*; ou bien par la gravité insolite des phénomènes généraux, ce sont les *formes graves* sans localisation particulière sur un appareil. Enfin l'âge de l'enfant peut modifier encore les caractères cliniques de l'infection, si bien que la *fièvre typhoïde des nourrissons* est la forme qui mérite de nous arrêter le plus longtemps.

La forme méningitique a déjà été décrite. Au point de vue de l'évolution il faut distinguer les formes légères et les formes abortives : dans les formes *légères* tous les symptômes disparaissent presque, sauf la fièvre qui, elle-même, est modérée; l'enfant n'a aucune stupeur, on le trouve souvent assis sur son lit, il fait sa fièvre typhoïde pour ainsi dire en jouant. L'apyrexie est en général complète avant le 21^e jour.

On observe également chez l'enfant des formes abortives qui durent de 8 à 10 jours. J'ai eu l'occasion d'en observer dans lesquelles la fièvre avait été à peine marquée pendant 3 ou 4 jours et où cependant le séro-diagnostic était positif. Le diagnostic en pareil cas ne peut guère être fait que grâce à la notion de l'épidémie régnante. Il faut se rappeler que ces formes légères peuvent exposer elles aussi aux accidents de la perforation intestinale; c'est ainsi que nous l'avons vue survenir chez un enfant atteint de cette forme légère, en apyrexie depuis 2 jours. Wolberg, sur 127 observations, aurait trouvé 25 cas abortifs, où la fièvre n'aurait pas duré plus de 8 jours.

Dans ces formes légères le tracé thermique offre souvent des caractères particuliers; la chute matinale de la température est très marquée, offrant une différence de 1 à 2 degrés avec la température du soir. C'est ce qu'on a désigné sous le nom de fièvre typhoïde rémittente ou intermittente infantile.

Dans les formes graves les symptômes généraux se rapprochent un peu de ce que nous observons chez l'adulte : phénomènes d'ataxie, adynamie, congestion pulmonaire, cyanose, langue sèche.

La durée atteint souvent 40 jours. C'est dans ces formes que l'on observera les complications variées que nous avons signalées tout à l'heure.

Fièvre typhoïde des nourrissons. — Cette forme a été particulièrement bien étudiée par M. Marfan, qui a montré en même temps son existence et sa rareté.

Les premiers cas publiés par Billard, Abercombie, Charcelay, sont extrêmement douteux. Rilliet et Barthez en signalent 5 cas dans la première année, 2 à 7 mois et 1 à 10 mois; Parrot n'avait pas rencontré cette maladie au-dessous de 6 mois, Bouchut au-dessous de 1 an; Hénocq n'en a observé que 2 cas avant 1 an, à 6 et 7 mois; Hérard l'a vue chez un enfant de 7 mois; Gerhardt, dans son traité, cite 20 cas de fièvre typhoïde chez les nourrissons; M. Marfan l'a vue à l'âge de 9 mois; je l'ai observée également chez un nourrisson du même âge. Parmi les cas les plus précoces il faut citer ceux de Davidson à 5 mois, de Lowe à 4 mois 1/2, celui de Legry à 4 mois, le fait de Cassoute chez un enfant de 2 mois; le fait le plus précoce est celui de Gerhardt concernant un nourrisson de 15 jours, né d'une mère typhique, mais non nourri par elle, et qui eut une fièvre

typhoïde avec une courbe thermique assez nette, de la diarrhée, des taches rosées et du gonflement de la rate. La maladie est un peu plus fréquente dans la seconde année : faits de Nobécourt et Bertherand, de Nobécourt et Voisin. Les statistiques montrent la rareté relative de la fièvre typhoïde à cet âge. Ollivier, sur 610 fièvres typhoïdes, en a observé 5 au-dessous de 2 ans; Netter, 5 sur 288; Hadot, de Nancy, 5 sur 164; Mme Rivoire, 2 cas sur 105. Sur 720 cas de statistiques étrangères, il y a eu 17 cas au-dessous de 2 ans. La proportion pour Nobécourt serait de 1,8 pour 100 des fièvres typhoïdes infantiles, 1 pour 100 pour d'autres auteurs.

Au point de vue étiologique il faut se rappeler qu'une nourrice atteinte de fièvre typhoïde peut transmettre la maladie à son nourrisson. Schädler, Heraud et Üffelmann ont cité des cas positifs suivis de mort; Bertherand et Nobécourt en citent un nouveau cas, en se demandant si la contagion ne se fait pas par le lait. Le fait ne paraît pas probable puisque Gerhardt a vu 5 cas d'allaitement continué assez longtemps pendant la fièvre typhoïde sans que le nourrisson fût malade; il s'agit plutôt de contagion par contact. On doit en tout cas suspendre l'allaitement.

La symptomatologie de la fièvre typhoïde du nourrisson est extrêmement peu précise. Le début serait trainant et insidieux d'après Marfan, la courbe thermique différerait de la courbe de la fièvre typhoïde ordinaire en ce sens que le stade amphibole est supprimé. La durée de la maladie est souvent écourtée. Il s'agit d'une affection générale sans localisations, se traduisant par de la fièvre, un peu de diarrhée, de l'abattement souvent accompagné de quelques phénomènes nerveux, et l'on peut être fort embarrassé jusqu'à l'apparition des taches rosées et de l'hypertrophie de la rate. Quand ces signes existent, le diagnostic est encore assez facile; il en est ainsi dans l'observation de Gerhardt, dans une de celles que rapporte M. Marfan. Dans cette variété, la maladie est caractérisée par une fièvre continue sans aucune localisation nettement prédominante.

Dans d'autres cas la maladie s'accompagne de phénomènes méningitiques plus ou moins prononcés; ainsi dans une des observations de Nobécourt et Bertherand, il s'agit d'un enfant de 11 mois, présentant de la fièvre, une langue saburrale rouge sur les bords, du strabisme et de la raideur de la nuque, syndrome plutôt méningitique. A ces signes se joignent souvent l'attitude en chien de fusil, les troubles vaso-moteurs, la dilatation pupillaire; mais on ne voit ni paralysie oculaire, ni constipation, ni rétraction du ventre. D'ailleurs la méningite du nourrisson s'accompagne le plus souvent de phénomènes convulsifs ou paralytiques.

D'autres formes simulent l'entérite des nourrissons, les selles sont généralement moins fréquentes dans la fièvre typhoïde, elles ont la coloration de purée jaune ocre, mais elles peuvent devenir vertes comme dans l'entérite. Nobécourt et Voisin (*Revue des Maladies de l'Enfance*, janvier 1905) ont rapporté un cas dans lequel la maladie au bout de quelques jours avait pris tous les caractères d'une entérite : les selles étaient vertes et glaireuses, les yeux excavés, l'amaigrissement très prononcé avec agitation continue.

La fièvre typhoïde chez le nourrisson peut donc affecter trois formes principales : une forme pour ainsi dire purement fébrile et générale, sans aucune localisation particulière; c'était le cas d'un enfant dont j'ai rapporté l'histoire¹, enfant de 9 mois qui ne présentait guère que de la fièvre avec des taches rosées peu nombreuses. Une seconde forme a le caractère pseudo-méningitique; la troisième simule l'entérite. M. Marfan a vu quelquefois à la fin de la fièvre typhoïde des nourrissons survenir brusquement une diarrhée cholériforme avec collapsus et algidité suivis de mort, faits analogues à celui de Nobécourt et Voisin que nous avons déjà cité.

On peut observer des signes thoraciques allant fréquemment jusqu'à la broncho-pneumonie.

D'après Nobécourt et Bertherand, le séro-diagnostic ne serait en rien retardé; le taux de l'agglutination a été dans leurs observations de 1 pour 150 et 1 pour 200.

Les deux signes de valeur dans le diagnostic de la fièvre typhoïde des nourrissons sont l'apparition des taches rosées et l'hypertrophie de la rate.

Le pronostic à cet âge est toujours très sérieux : la mort surviendrait, d'après Marfan, dans 50 pour 100 des cas. Elle est souvent la conséquence de la broncho-pneumonie.

Très rarement la perforation (cas de Drewitt) a été observée.

La mort subite a été signalée par Kissel chez un enfant de 20 mois. Vibert et Descouts l'auraient notée trois fois, mais leurs observations sont douteuses.

Les lésions sont souvent assez atténuées, cependant Marfan, à l'autopsie d'un enfant de 15 mois, trouva d'assez nombreuses plaques de Peyer gonflées, cinq ou six même avec des ulcérations typiques. J'ai trouvé récemment chez un enfant de 2 ans des lésions très accentuées des plaques de Peyer.

Rechutes. Récidives. — On peut observer au cours de la fièvre typhoïde infantile comme chez l'adulte des recrudescences et des rechutes, et les auteurs qui ont étudié ce sujet sont d'accord pour admettre que la rechute est plus fréquente chez l'enfant : M. le D^r Comby va même jusqu'à donner le chiffre de 50 pour 100, 55 rechutes sur 120 cas, mais il s'agit là de chiffres trop restreints. Si on réunit, comme l'a fait M. Chatard, les chiffres de Stark, de Rilliet et Barthez, de Perret et Devic, de Henoeh, de Montmollin, de Gerhardt, de Ziwer, on a, pour un total de 5614 cas de fièvre typhoïde chez l'enfant, 570 rechutes, soit une moyenne de 6,5 pour 100. Chez l'adulte, d'après Tripier et Bouveret, la moyenne est seulement de 4,5 pour 100.

Dans la période apyrétique qui sépare la rechute de la première atteinte, on peut la prévoir parce que la température n'est pas absolument normale, que la langue reste chargée. La durée de la période intercalaire est très variable, en moyenne de six à sept jours, elle peut être de plus de quinze jours. On a dit que la rechute était plus fréquente dans les formes légères

⁽¹⁾ Bull. de la Soc. de Péd., 1900.

que dans les formes graves, comme si dans les formes légères l'infection n'avait pas épuisé le terrain de culture. Le début de la rechute peut être marqué par les mêmes phénomènes qui ont marqué le début de la première atteinte, ainsi avons-nous observé des phénomènes d'appendicite marquer le début de la première atteinte et de la rechute. Les taches rosées apparaissent plus tôt dans la rechute, quelquefois dès le troisième ou le quatrième jour. On peut d'après leur date d'apparition prévoir à peu près la durée de la rechute, cette durée varie en général entre cinq et quinze jours.

Il existe des cas de rechute double, triple, etc.

Le pronostic de la rechute est généralement bénin, cependant on peut noter des complications : perforation intestinale (Setbon, 5 cas). On a signalé des rechutes tardives, après trente ou quarante jours d'apyrexie.

Les *récidives* paraissent être très rares chez l'enfant, elles existent cependant; ainsi l'enfant qui a présenté une fièvre typhoïde avec rechute à début appendiculaire avait eu quatre ou cinq ans auparavant une atteinte nette de fièvre typhoïde confirmée par le séro-diagnostic.

Pronostic. — Les auteurs classiques ont certainement exagéré la bénignité de la fièvre typhoïde chez l'enfant; on a donné comme chiffre moyen de mortalité 8 pour 100 et c'est là une proportion certainement trop faible; il suffit, pour s'en convaincre, de réunir et comparer les statistiques des divers auteurs qui ont étudié la fièvre typhoïde infantile. M. Glénard, réunissant les statistiques de Rilliet et Barthez, de Griesinger, de Prunac, de d'Espine et Picot, de Murchison, de West, de Cayla, publiées avant 1874, arrive pour cette période à un total

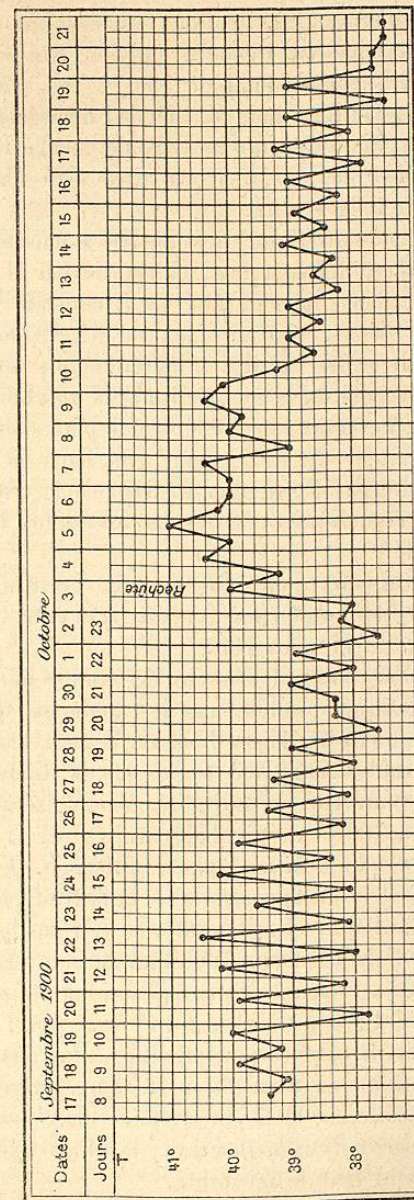


Fig. 4. — Fièvre typhoïde. Rechute.