

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

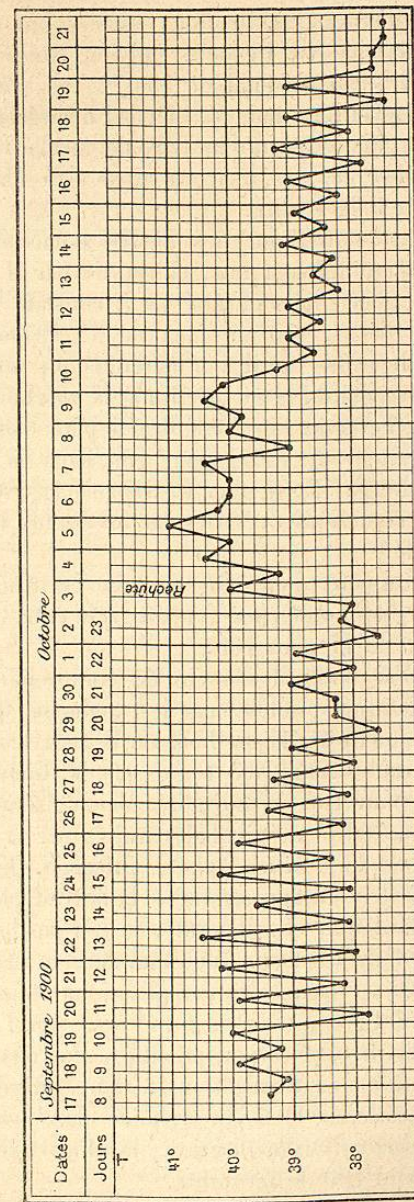


Fig. 4. — Fièvre typhoïde. Rechute.

de 17 045 cas avec 250 décès, soit 15 pour 100. Pour la période suivante, M. Glénard distingue les statistiques fournies par les médecins qui ont appliqué la méthode de Brand d'une façon rigoureuse et celles où d'autres médications variées ont été suivies; ces dernières (Cadet de Gassicourt, Hensch, Ollivier, Guinon, Rivoire, Variot et Devé, Barbier) fournissent un total de 15 072 cas avec 187 décès, soit 15,5 pour 100 de mortalité; mais M. Glénard abaisse d'abord ce chiffre en tenant compte de statistiques où le taux de mortalité a été indiqué sans préciser le nombre des cas, il arrive ainsi à un chiffre de 11 pour 100, plutôt inférieur à la réalité.

La statistique des fièvres typhoïdes observées à l'hôpital Trousseau pendant dix-sept ans, et réunie par M. Netter, vient encore confirmer ce fait: en dix-sept ans on a constaté 5568 cas de fièvre typhoïde avec 409 décès, soit un taux de 12,12 pour 100 de mortalité.

Je pense qu'il y a là réunis un nombre de cas suffisants pour qu'on puisse établir avec certitude la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde chez l'enfant. Elle était de 15 pour 100 dans les statistiques avant 1874, elle a été de 12,12 pour 100 dans la statistique de l'hôpital Trousseau établie par M. Netter. M. Glénard la fixe à 11 pour 100 d'après l'ensemble des statistiques réunies par lui depuis 1874, et le chiffre est plutôt un peu faible.

On peut donc affirmer avec certitude que la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde chez l'enfant varie entre 11 et 12 pour 100, celle de l'adulte étant de 17 pour 100.

J'ai omis à dessein de comprendre dans les chiffres précédents les statistiques publiées par les médecins qui ont traité leurs malades systématiquement par la méthode de Brand; les chiffres sont alors beaucoup plus favorables: sur 505 réunis par M. Glénard, il n'y a eu que 18 morts, soit 3,5 pour 100 de mortalité. Mais ce serait une erreur de considérer le taux de mortalité des malades traités par la méthode de Brand comme le taux normal de la fièvre typhoïde infantile. On voit donc, chiffres en mains, que, si réellement la mortalité de la fièvre typhoïde est un peu moins grande chez l'enfant que chez l'adulte, on n'a pas le droit d'exagérer cette bénignité et d'en faire un trop grand état dans le pronostic.

On a vu que les complications étaient en somme assez nombreuses et souvent presque aussi graves que chez l'adulte; une d'entre elles en particulier, la perforation, paraît presque aussi redoutable dans la fièvre typhoïde infantile. L'âge paraît un facteur intéressant à cet égard, on sait que le pronostic de la fièvre typhoïde dans les deux premières années de la vie est particulièrement grave; la plupart des auteurs admettent un chiffre de 50 pour 100 de mortalité.

Je ne crois pas beaucoup à l'influence du sexe, bien que certains auteurs aient prétendu que la maladie fût plus grave chez les filles que chez les garçons.

Le pronostic varie également suivant les épidémies. On peut à cet égard consulter la statistique fournie par M. Netter.

			MORTALITÉ
1895	42 cas	6 décès	14,5 0/0
1896	16 —	0 —	»
1897	29 —	4 —	15,8 0/0
1898	48 —	5 —	10,4 0/0
1899	168 —	11 —	6,54 0/0

La mortalité pour 1899 a été beaucoup plus faible. Les statistiques apportées par d'autres médecins relatives à la même année sont également très favorables (Variot et Devé, Comby, etc.).

Sur 42 fièvres typhoïdes que j'ai soignées cette année-là je n'ai eu qu'un seul décès, alors que l'année précédente j'avais eu cinq à six décès sur moins de vingt fièvres typhoïdes.

Diagnostic. — Pour poser le diagnostic de la fièvre typhoïde chez l'enfant, il faut tenir compte des modifications que le jeune âge imprime à cette infection, et nous devons tout d'abord rappeler les principales: la brusquerie du début en est une des plus importantes, et qui peut causer des erreurs de diagnostic, surtout si on ajoute à cela la fréquence des vomissements et l'élévation rapide de la température; on conçoit que l'on puisse songer à une pneumonie, quelquefois à une scarlatine, si à ces signes s'ajoute l'angine signalée au début par Cadet de Gassicourt. D'autres fois on pensera à la grippe, s'il existe du catarrhe des premières voies respiratoires.

Un autre caractère particulier, c'est l'effacement quelquefois assez grand des symptômes locaux, cela est surtout vrai pour les jeunes enfants et pour les nourrissons où la maladie prend les caractères d'une septicémie, d'une infection générale sans localisations précises. C'est là d'ailleurs un caractère commun à toutes les infections qui surviennent à cet âge, qu'il s'agisse de la tuberculose, du rhumatisme ou de la fièvre typhoïde. Même dans la seconde enfance les symptômes abdominaux sont souvent très atténués. La constipation est plus fréquente que la diarrhée, le gargouillement est de même peu fréquent, les seuls signes qui gardent toute leur valeur sont les taches rosées, l'hypertrophie de la rate et enfin les caractères de la langue. Il faut se rappeler enfin que certaines formes, certaines complications sont particulières à l'enfance; ainsi la forme méningitique, qui peut donner lieu à de singulières méprises, quand elle existe dès le début de la maladie.

La fréquence des complications ostéo-articulaires doit être rapprochée également de la fréquence de l'ostéomyélite chez l'enfant. C'est là un point du diagnostic très particulier dans le jeune âge.

Ce court tableau montre que les difficultés du diagnostic de la fièvre typhoïde sont assez grandes chez l'enfant, et que ce diagnostic est d'autant plus délicat que l'enfant est plus jeune. Aussi sera-t-on heureux de faire appel, dans certains cas, aux ressources fournies par les méthodes de laboratoire. A la première place se trouve la séro-réaction de Widal.

La plupart des auteurs (Haushalter, Couture, Kassel, Pfaundler, Clerc, Masbrenier), la considèrent comme constante.

Haushalter sur 45 cas n'a eu le séro-diagnostic négatif qu'une fois;

Mme Rivoire a eu 2 cas négatifs sur 102 cas. On voit que les cas négatifs sont tout à fait l'exception, mais il faut se rappeler qu'ils existent, afin de ne pas nier l'existence d'une fièvre typhoïde évidente, de par les symptômes cliniques, même avec un séro-diagnostic négatif. J'ai eu l'année dernière l'occasion d'observer avec M. Babonneix une fièvre typhoïde très grave à forme cérébrale, avec convulsions et coma au début de la maladie dans laquelle le séro-diagnostic, même au dixième, a toujours été absolument négatif, aussi bien lors de la première atteinte que pendant une rechute.

En ce qui concerne l'époque de l'apparition de la réaction agglutinante, d'après certains auteurs elle serait plus tardive que chez l'adulte. C'est là l'opinion de M. Marfan, qui, dans la *Semaine médicale* du 24 janvier 1900, écrivait que cette réaction n'apparaissait que tardivement après le 15^e jour et qu'elle était d'abord très faible. M. Rosenthal a insisté également sur ce retard de l'agglutination. Ce retard de la séro-réaction existe, en effet, quelquefois dans la fièvre typhoïde infantile. M. Netter l'a constaté, et j'en ai vu moi-même plusieurs cas. Mais il ne faudrait point généraliser, et le plus souvent la séro-réaction apparaît à son heure habituelle. Les travaux de Pfaundler, de Clerc, de Bertherand et Nobécourt, de Masbrenier en font foi, et ce procédé de diagnostic garde en médecine infantile toute la valeur qu'il a chez l'adulte. Gershell prétend que la réaction de Widal est peut-être plus précoce que chez l'adulte, mais c'est là une opinion isolée.

On a dit que l'intensité du pouvoir agglutinant était plus faible chez l'enfant; les travaux de Kassel et de Pfaundler sembleraient le démontrer.

Pfaundler évalue à 1 pour 100 le pouvoir agglutinant moyen de ces malades. Chez l'adulte le chiffre moyen serait 1 pour 550.

Masbrenier pense que le pouvoir agglutinant persiste moins longtemps chez l'enfant que chez l'adulte. Courmont, sur 9 enfants examinés un mois après la maladie, a trouvé une réaction positive 7 fois; sur 6 cas revus dans le 2^e mois la réaction n'était positive que 4 fois; sur 2 malades revus au bout de 4 mois la réaction fut négative.

Au point de vue pratique le séro-diagnostic doit être fait avec des cultures en bouillon fraîches de bacilles d'Eberth ou bien avec des cultures formolisées; on ajoutera 2 gouttes de la solution de formol du commerce pour 15 centimètres cubes de culture. Le sang obtenu par piqûre du doigt sera recueilli dans un tube à essai, ou mieux encore dans une pipette stérilisée, le sérum exsudé au bout de quelques heures sera aspiré à l'aide d'une pipette fine, et on ajoutera une goutte de sérum à un nombre donné de gouttes de culture. Il est préférable d'employer la dilution au 50^e.

On a également recommandé la recherche du bacille d'Eberth dans le sang; pour avoir des résultats positifs et constants il faut recueillir de grandes quantités de sang; bien que ce procédé ait été remis en honneur récemment, je ne le crois pas utilisable dans la pratique courante. Il en est de même de la recherche du bacille typhique dans les selles, on sait qu'il est très difficile de le distinguer du coli-bacille. Chantemesse et Widal avaient proposé la gélatine phéniquée, puis le milieu d'Elsner à l'iodure de potassium qui permet le développement plus rapide du bacille d'Eberth. Récem-

ment, M. Chantemesse a insisté sur le procédé dit du gélo-diagnostic qui permettrait un isolement facile et rapide du bacille d'Eberth dans les selles.

La *diazo-réaction d'Ehrlich* serait constante dans la fièvre typhoïde, mais elle peut s'observer dans d'autres affections, en particulier dans la granulie, la méningite et surtout dans la scarlatine.

L'urine mélangée avec les réactifs d'Ehrlich prend, ainsi que la mousse, une coloration rouge pourpre ou rouge clair. D'après Berber, la diazo-réaction serait apparue avant la séro-réaction dans 51 cas, dans 48 cas les deux réactions auraient été contemporaines et 21 fois la diazo-réaction aurait été postérieure à la séro-réaction.

Rappelons enfin l'*absence du fibrin-diagnostic* qui a une grande valeur pour le diagnostic différentiel avec le rhumatisme et la pneumonie.

Tout cela montre que le diagnostic restera surtout hésitant dans la période de début, alors que ni les signes cliniques ni les méthodes de laboratoire ne donnent de résultats précis. Dans bien des cas on sera forcé d'attendre quelques jours pour porter un diagnostic ferme.

Le diagnostic avec la *pneumonie*, si souvent latente chez les jeunes enfants, se fera grâce à l'existence des symptômes respiratoires, de la dyspnée, du point de côté, et dans les cas embarrassants grâce à l'examen du sang et au fibrin-diagnostic. On ne trouve chez les typhiques ni le riche réticulum fibrineux des pneumoniques, ni l'hyperleucocytose de cette maladie; il y a, au contraire, hypoleucocytose.

La fièvre typhoïde peut également être confondue avec la *grippe*, surtout dans les cas où la maladie débute par des phénomènes de catarrhe naso-pharyngien, d'angine, de laryngite striduleuse, comme j'en ai récemment observé un cas. Le diagnostic est aussi singulièrement difficile lorsque la grippe frappe presque exclusivement le tube digestif; lors de certaines gripes intestinales l'embarras peut être pendant quelques jours très grand, cependant la langue est différente dans les deux affections: la langue grippale est plus blanche, plus étalée, plus saburrale. La grippe frappe plutôt le gros intestin donnant lieu assez souvent à des phénomènes de colite dysentérique, elle ne provoque pas d'hémorragies intestinales. La tuméfaction de la rate est un bon signe en faveur de la fièvre typhoïde. Habituellement le catarrhe oculo-nasal, la céphalalgie sus-orbitaire sont des symptômes en faveur de la grippe, mais on doit se souvenir qu'il existe quelquefois, comme M. Potain l'a montré, des fièvres typhoïdes empruntant à la grippe ses caractères de début. Ces formes existent également chez l'enfant et je les ai plusieurs fois rencontrées. M. Potain insistait beaucoup sur le dicrotisme du pouls et sur l'hypertrophie de la rate comme signes diagnostiques; plus tard l'apparition des taches et le séro-diagnostic ne laissent aucun doute.

Il peut paraître extraordinaire de citer à cette place le *rhumatisme* parmi les affections pouvant être confondues avec la fièvre typhoïde, cependant le fait étonnera moins si on se souvient que le rhumatisme affecte souvent les allures d'une maladie générale provoquant des altérations viscérales d'emblée avec des phénomènes articulaires réduits au minimum, souvent même complètement absents, n'ayant existé que d'une façon très

passagère. Nous avons vu récemment deux cas où cette confusion avait été possible; dans l'un de ces cas il s'agissait d'un enfant de douze ans entré avec de la fièvre, une prostration grande, de la diarrhée, une langue très sèche, signe de si grande valeur pour la fièvre typhoïde infantile, ainsi que l'a montré Roger; aucun phénomène articulaire n'existait au moment de l'entrée à l'hôpital; mais l'enfant avait une insuffisance mitrale et il avait ressenti un mois avant des douleurs assez vagues du côté des articulations; je me méfiai du rhumatisme et à tout hasard je fis donner du salicylate de soude sans vouloir affirmer aucun diagnostic. Deux jours après, tous les symptômes typhoïdes étaient disparus et le rhumatisme guéri.

Dans quelques cas le début brusque avec vomissements et angine (Cadet de Gassicourt) a pu prêter à confusion avec la scarlatine, mais l'erreur ne saurait être de longue durée.

La fièvre typhoïde à forme rémittente peut être confondue avec la *fièvre intermittente*; cette dernière sera surtout méconnue dans les endroits comme Paris où sa rareté même empêchera d'y songer. Dans ces cas l'administration du sulfate de quinine lève tous les doutes.

La confusion entre la fièvre typhoïde et l'*appendicite* est exceptionnelle, il faut se rappeler cependant qu'il existe des fièvres typhoïdes à début appendiculaire; le fait a été signalé par M. Moizard et j'en ai rapporté plus haut une observation des plus curieuses.

Certaines formes écourtées abortives de fièvre typhoïde peuvent être confondues avec de simples embarras gastriques fébriles. Le séro-diagnostic seul permettra d'affirmer en pareil cas la fièvre typhoïde.

Les formes *méningitiques*, surtout les formes méningitiques d'emblée, peuvent donner lieu à de singulières méprises. Dans la méningite tuberculeuse, le début est beaucoup plus trainant, le pouls est non seulement irrégulier, mais ralenti, ce qui n'existe pas dans la fièvre typhoïde, l'amaigrissement est beaucoup plus marqué et plus précoce, la langue est généralement nette et humide, enfin il peut exister des paralysies oculaires qui ne se rencontrent pas dans la fièvre typhoïde.

Le cytodagnostic révélera la présence d'une lymphocytose habituelle, mais on a pu trouver dans certains cas de fièvre typhoïde à forme méningée les mêmes réactions du côté du liquide céphalo-rachidien.

En ce qui concerne la *tuberculose aiguë*, la courbe thermique y est beaucoup plus irrégulière, la dyspnée est beaucoup plus marquée, il y a souvent un peu, quelquefois beaucoup de cyanose, la langue reste nette et humide, les prodromes sont beaucoup plus longs et précédés d'amaigrissement. La sonorité exagérée témoin de l'emphysème concomitant est un signe de grande valeur. Il faudra se souvenir aussi de l'aspect général du petit tuberculeux, rechercher l'existence d'adénopathies trachéo-bronchiques.

L'*ostéomyélite aiguë* peut simuler la fièvre typhoïde. Les phénomènes typhoïdes y sont souvent plus marqués et plus rapides que dans la fièvre typhoïde véritable. Le diagnostic se fera grâce aux signes locaux; une douleur vive et limitée en un point du squelette, surtout au-dessous et au-dessus du genou, permettra le diagnostic. Il n'y aura guère de confusion

avec les lésions ostéo-articulaires de la fièvre typhoïde, car celles-ci surviennent plus tard et au cours de la convalescence.

Chez le *nourrisson* la fièvre typhoïde devra être distinguée de la méningite tuberculeuse, car à cet âge la fièvre typhoïde s'accompagne de phénomènes méningitiques légers. Mais on ne rencontrera ni les convulsions, si fréquentes dans la méningite tuberculeuse du nourrisson, ni la rétraction du ventre, ni les paralysies.

Les diarrhées fébriles simples des nourrissons se distingueront de la fièvre typhoïde surtout par le grand nombre des selles: dans quelques cas plus délicats, comme dans ces diarrhées du sevrage décrites par M. Sevestre, le séro-diagnostic seul lèvera les doutes. Généralement les taches rosées et l'hypertrophie de la rate permettent de reconnaître la fièvre typhoïde.

Il resterait enfin à poser le diagnostic des complications, il ne s'agit guère là de diagnostic différentiel et nous ne voulons y insister que pour ce qui concerne les perforations intestinales, où il y a une telle importance à poser le diagnostic de bonne heure.

Deux cas peuvent se présenter; tout d'abord la perforation chez un enfant peu infecté et la révolte péritonéale se traduit par les signes les plus évidents: douleur exquise, vomissements, pouls fréquent et petit, hyperthermie; ou bien la perforation se produit chez un malade déjà gravement atteint, profondément prostré; on se trouve alors en présence de phénomènes de collapsus qu'il est difficile de rattacher à leur véritable origine, — hémorragie intestinale, dégénérescence hépatique, myocardite, — en pareil cas l'absence de défense de la paroi abdominale et la conservation de la matité hépatique, auront une grande valeur. La perforation de la vésicule biliaire à la suite de cholécystite a été signalée chez l'adulte.

Le diagnostic des associations morbides, en particulier de la granulie coexistant avec la fièvre typhoïde, présentera toujours d'assez sérieuses difficultés.

Traitement. — L'attention du médecin dans le traitement de la fièvre typhoïde infantile devra se porter sur quatre points:

1° Les mesures destinées à assurer l'antisepsie médicale, spécialement l'antisepsie du malade;

2° Les mesures qui ont pour but de combattre la maladie elle-même; jusque-là, à défaut de traitement spécifique, elles ont consisté dans l'application des antithermiques chimiques et surtout physiques (hydrothérapie);

3° Les prescriptions concernant l'hygiène alimentaire des typhiques;

4° Le traitement des complications.

I. L'**antisepsie médicale** comprend toutes les mesures destinées à empêcher la propagation de la maladie et, en particulier, la contagion directe plus facile chez l'enfant, d'où la nécessité d'un isolement rigoureux dans les familles, la nécessité également de veiller à la désinfection des linges, des matières fécales; cela n'a rien de particulier à l'enfance.

En ce qui concerne l'antisepsie du malade, elle sera ici plus que jamais de rigueur en raison de la durée de la maladie et de la facilité des infections secondaires. L'*antisepsie de la peau* sera assurée par les bains ou par