

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.

1. 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

les lotions; on peut ajouter, si l'on veut, du naphthol à l'eau du bain dans la proportion de 4 ou 5 grammes.

L'*antisepsie buccale* sera assurée par des lotions à l'eau de Vichy, par des lavages avec de l'eau additionnée de liqueur de Labarraque, dans la proportion d'une à deux cuillerées à soupe pour un litre. On peut également, dans les cas où il existerait des menaces plus sérieuses d'infection buccale ou pharyngée, avoir recours aux lavages à l'eau oxygénée (eau oxygénée à douze volumes coupée au 1/10°).

On veillera également à l'antisepsie du nez et des oreilles.

L'*antisepsie intestinale* a été en grand honneur dans la fièvre typhoïde: charbon de Belloc, bétol, benzo-naphthol; ces deux derniers à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par vingt-quatre heures. Il semble actuellement que la vertu de ces antiseptiques intestinaux ait perdu un peu de sa valeur.

Il vaut mieux s'adresser pour réaliser ce desideratum à des médicaments comme le calomel, ayant à la fois une action évacuante et une action désinfectante; il faut se rappeler que la constipation n'est pas rare chez les enfants atteints de fièvre typhoïde, et qu'un des meilleurs moyens d'assurer l'antisepsie intestinale, c'est de débarrasser l'intestin des matières y séjournant et pouvant être la source de fermentations nouvelles. Le calomel sera prescrit à doses variables suivant l'âge, soit à doses faibles et fractionnées, 10 à 15 centigrammes pour un enfant de 5 ans, divisés en quatre doses à prendre toutes les heures; ou bien les doses seront plus fortes, 20 à 25 centigrammes, prises à des intervalles d'un quart d'heure. Le sulfate de soude sera également extrêmement utile comme évacuant, à doses faibles, 6 à 10 grammes, qui seront répétées suivant les indications.

L'évacuation régulière de l'intestin, et par conséquent l'antisepsie intestinale, sera surtout assurée par les grands lavages d'eau bouillie froide, qui devront être administrés d'une façon régulière pendant toute la durée de la maladie. Ces lavages réguliers de l'intestin pratiqués matin et soir dispenseront de recourir, comme on le faisait autrefois, aux purgations répétées pendant tout le cours de la fièvre typhoïde.

En cas de diarrhée excessive on pourra essayer de la modérer par l'administration du sous-nitrate de bismuth, qui est en même temps un des meilleurs antiseptiques intestinaux. Le météorisme sera combattu par l'application de compresses humides sur le ventre, ou même quelquefois de glace.

Médication antithermique. — A défaut de traitement spécifique, c'est surtout contre la température qu'on a essayé de lutter dans la fièvre typhoïde, et la médication antithermique doit être placée au premier plan dans le traitement de cette maladie. Les agents dont on s'est servi dans ce but peuvent être divisés en deux groupes: les agents chimiques, les *médicaments*, et les agents physiques, c'est-à-dire la *réfrigération hydrique*.

En ce qui concerne l'action antithermique médicamenteuse, beaucoup de médicaments ont été employés et la plupart sont tombés dans l'oubli: acide salicylique, antipyrine, kairine, salicylate de soude, etc. Le seul médicament qui ait subi l'épreuve du temps et qui paraisse exercer dans certains cas une action favorable, c'est la quinine à dose élevée, comme l'avait

administrée chez l'adulte Liebermeister. Cette méthode fut recommandée chez l'enfant en 1872 par Hagenbach, de Bâle, qui administrait la quinine à dose unique et massive: 70 centigrammes à 1 gramme jusqu'à 5 ans, 1 gramme à 1 gr. 50 jusqu'à 10 ans, allant jusqu'à 2 grammes de 11 à 15 ans. Le professeur Grancher est un partisan déterminé de ce mode d'administration de la quinine. Il donne le sulfate de quinine à la dose de 2 et 5 grammes dans les 2 premiers septénaires tous les 5 jours, en 2 à 5 fois le soir vers 5 heures.

M. Marfan a employé le bichlorhydrate de quinine aux doses suivantes:

De 1 à 5 ans.	0,50 à 0,60 centigrammes par jour
De 5 à 10 ans	0,60 à 0,90 — —
De 10 à 15 ans.	0,90 à 1,50 — —

Cette dose est administrée en trois fois à une demi-heure d'intervalle entre quatre et cinq heures du soir. Dans certains cas on voit se produire une rémission considérable, une amélioration dans l'état général, le retour du sommeil. Malheureusement, de l'avis même de M. Marfan et de M. Guillemot, cette action n'est pas constante et, d'autre part, l'action de la quinine ne s'exercerait guère avant le douzième ou le quatorzième jour. Erb dit également que le moment le plus favorable pour commencer la médication quinique paraît être la deuxième moitié de la seconde semaine ou la troisième semaine. C'est attendre bien tard pour commencer la lutte contre les formes graves de la fièvre typhoïde.

Voilà donc deux objections au traitement par le sulfate de quinine, son action irrégulière et son action tardive. Ces deux raisons en feront toujours une médication de second plan qui pourra cependant être utilisée dans les formes légères et moyennes et à titre d'adjuvant dans les formes graves. En résumé, tous les résultats obtenus montrent que dans le traitement de la fièvre typhoïde la thérapeutique chimique doit céder le pas à la médication hydrique.

Depuis les travaux de Brand sur les merveilleux effets obtenus par l'emploi systématique du bain froid dans la fièvre typhoïde, cette méthode de traitement a été employée d'une façon presque universelle chez l'adulte d'abord, et peu à peu également chez l'enfant. Il semble cependant que l'application de la méthode de Brand chez l'enfant ait rencontré et rencontre encore plus de résistances. Le bain froid n'est pas d'ailleurs le seul mode d'application de la méthode hydrique dans le traitement de la fièvre typhoïde et nous considérerons d'abord les autres formes de la médication hydrique.

1° Les *lotions et affusions froides* faites avec de l'eau à 18°, le plus souvent additionnées de vinaigre et répétées toutes les quatre heures. Ces lotions seront utiles dans les cas de fièvre typhoïde bénigne ou moyenne où la température n'est pas très élevée, où les bains ne sont pas nécessaires et elles auront l'avantage de réaliser l'antisepsie de la peau si indispensable aux typhiques. Je rappellerai ici que les grands lavements froids donnés matin et soir aident d'une façon très efficace à produire un abaissement de température.

2° L'enveloppement par le drap mouillé sera réservé aux cas où se présente une contre-indication à l'emploi des bains : hémorragies intestinales, ou bains mal supportés en présence de collapsus très sérieux.

5° Bains. — M. Netter s'est déclaré partisan des *bains chauds* donnés suivant la méthode de Renaut, de Lyon, c'est-à-dire à 58° toutes les quatre heures. M. Netter a traité ainsi 168 cas avec 11 décès, soit une mortalité de 6,54 pour 100. L'objection principale qu'on peut faire au bain chaud c'est qu'il est beaucoup plus déprimant et moins tonique que le bain froid.

D'autres médecins ont employé des *bains tièdes* ; des bains à 55° comme M. Barbier. On donne en général le bain à une température inférieure de 5° à celle du malade. Les bains tièdes peuvent être donnés courts, c'est-à-dire de dix minutes environ comme les bains chauds et les bains froids et alors ils n'exercent pas une action bien efficace, ou bien il faut les donner prolongés suivant la méthode de Bouchard qui commence le bain à une température de 2° au-dessous de la température du malade et qui ajoute ensuite de l'eau froide de façon à baisser d'un degré toutes les dix minutes la température du bain jusqu'à 50°. Quoi qu'en ait dit M. Variot, ces bains prolongés me paraissent difficilement supportables chez l'enfant.

Le traitement par les *bains froids* est soumis d'une façon générale aux mêmes règles que celles qui ont été indiquées pour l'adulte par Brand et ses adeptes. La température des bains est cependant un peu moins basse et les partisans les plus fervents de l'eau froide ne donnent guère aux enfants de bains au-dessous de 22°, c'est le chiffre adopté par M. Moizard, température à laquelle j'ai recouru dans plusieurs cas. La plupart des médecins d'enfants même ne descendent guère au-dessous de 25° ou 24° (Perret et Devic, Marfan, Comby, Guinon). On donne les bains toutes les trois ou quatre heures si la température dépasse 59°. La durée du bain variera de huit à dix minutes suivant les phénomènes observés et l'apparition plus ou moins rapide du frisson ; pendant la durée du bain il sera utile de faire des affusions froides sur la tête avec de l'eau à 18°. Le massage des membres pendant le bain doit être très vivement recommandé, il rend le bain moins pénible et facilite la réaction après le bain. L'enfant à sa sortie du bain sera enveloppé dans une couverture de laine chaude et à peine essuyé.

Tous les médecins d'enfants sont d'accord au début du traitement de commencer par des bains plus chauds, à 52° ou 50° et d'arriver progressivement à la température voulue au troisième ou quatrième bain.

L'effet du bain froid se traduit par un abaissement de la température du malade qui peut varier de quelques dixièmes à un degré, à un degré et demi ; Hutinel a observé des chutes de trois degrés. D'après mon observation, la moyenne habituelle de l'abaissement serait de huit dixièmes environ.

L'action du bain froid ne se limite pas d'ailleurs aux effets antithermiques ; dans certains cas même l'action sur la température peut être extrêmement restreinte et malgré cela les effets sur l'état général sont des plus remarquables, ce que ne veulent pas comprendre certains critiques qui se hâtent de dire que le bain froid est inutile quand ils n'observent dans la feuille de température qu'une chute de deux à quatre dixièmes de degré.

Le bain froid a une action merveilleuse sur le système nerveux ; il a sur l'état général une action tonique que n'auront jamais les bains tièdes ni les bains chauds ; sous son influence les sécrétions se rétablissent, sécrétion urinaire, sécrétion sudorale, sécrétion salivaire ; la langue se nettoie, devient humide ; le malade sort de sa prostration, le sommeil reparait. Enfin, dans cette revue rapide des effets salutaires du bain froid, il ne faut pas oublier l'heureux effet sur le système pulmonaire signalé par Tripier et Bouveret depuis longtemps. Les résultats obtenus par les divers médecins qui ont appliqué chez l'enfant la méthode de Brand en font foi.

Voici les chiffres que nous avons pu réunir :

	CAS TRAITÉS	DÉCÈS
Brand (1877)	106	0
Hagenbach (1874)	28	1
Cayla (1874)	65	4
Tripier et Bouveret (1886)	10	0
Perret et Devic (1890)	81	5
Moussous (1894)	60	1
Weill (1900)	196	7
Marfan (1896)	40	1
Méry (1900)	42	1
Rondet et Grabinski (1874)	7	0
Comby (1900)	168	12
Josias (1900)	275	26
Moizard (1905)	112	1
	1188	57

Le tableau statistique établi par M. Glénard donnait une mortalité de 5,50 pour 100 chez les enfants traités par les bains froids ; le tableau précédent donne un chiffre de 4,79 pour 100, chiffre encore très éloigné de la mortalité habituelle de fièvre typhoïde chez l'enfant, qui est de 11 pour 100.

La statistique très favorable que M. Moizard a bien voulu me communiquer, offre d'autant plus d'intérêt que M. Moizard a employé jusqu'à 1900 les bains tièdes. En cinq années avant 1900, M. Moizard avait traité 72 cas avec 8 décès, soit une mortalité de 11 pour 100 ; ces décès avaient été causés par abcès du foie, accidents méningés, broncho-pneumonie, perforation intestinale, à la suite d'une hématomé, par mort subite, angine infectieuse. Le seul décès qui ait existé dans la période où M. Moizard a donné les bains froids à 22°, a été dû à une péritonite consécutive à une perforation de la vésicule biliaire. M. Moizard conclut que depuis qu'il a vu le changement d'aspect des typhiques traités par les bains froids, il est devenu partisan enthousiaste de cette méthode. Tels sont les arguments et les preuves en faveur de l'efficacité des bains froids.

Voyons maintenant les objections : un point hors de toute discussion, c'est la *contre-indication des bains dans les cas d'hémorragie intestinale ou de perforation*. Fischl a dit que le bain froid n'abaissait pas suffisamment la température chez l'enfant ; la réponse à cette objection a déjà été faite plus haut et j'ai dit que l'effet antithermique n'était qu'un des côtés de l'action du bain froid. La seconde objection aux bains froids c'est la *fréquence des*