

- Anatomie pathologique:** BRYANT. (*British Med. Journal* 1899. Fièvre typhoïde sans lésions intestinales). — MÉRY. La perforation intestinale dans la fièvre typhoïde chez l'enfant (*Presse méd.*, 1902). — POUILLOT. La myocardite typhique chez l'enfant (*Th. Paris*, 1895). — CALAMET. Myocardite typhique (*Th. Paris*, 1902). — WEILL et BARJON. Myocardite parenchymateuse chez l'enfant (*Arch. de méd. expér.*, 1895).
- Symptomatologie:** SEVESTRE. Début brusque de la fièvre typhoïde (*Soc. Méd. hôp.*, n° 20). — MOIZARD. La fièvre typhoïde à début brusque simulant l'appendicite (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, 10 juillet 1899). — POTAIN. Fièvre typhoïde à début grippal (*Soc. Méd. hôp.*, n° 20). — WEILL et LESIEUR. *Revue des mal. de l'enf.* (1900). — BOULIX. *Th. de Lyon* (1900). — WEILL. *Congrès de Lyon* (1895). — MARFAN. (*Soc. méd. hôp.*, 1896, n° 8). — COMBY. *Soc. méd. des hôp.* (février 1896). — LEMASLE. *Th. de Paris* (1897). — GIRAUD. *Th. de Paris* (1884). — ZIWER. Rechutes de la fièvre typhoïde (*Th. de Lyon*, 1892). — CHATARD. Rechutes de la fièvre typhoïde (*Th. de Paris*). — WOLBERG. *Jahrb. für Kind.* (Bd XXVII, p. 28).
- Complications. Tube digestif:** RÉVILLIOD. *Th. de Paris* (1886). — SEIBON. *Th. de Paris* (1902). — COSTINESCO. *Th. de Paris* (1897). — RATIER. *Th. de Paris*. — MAUGER. *Th. de Paris* (1900). — MOUSSOUS. *Arch. clin. de Bordeaux* (1892). — GUINON. *Revue des mal. de l'enf.* (juillet 1899). — BARBIER. *Soc. Pédiatrie* (12 décembre 1899). — LEJARS. *Soc. chir.* (1896). — MORESTIN. *Th. de Mauger* (1900). — ROGKR. *Maladies infectieuses* (1902). — HECQUET. *Th. de Paris* (1902). — RABOT. *Union méd.* (nov. 1890). — HERVÉ. *Revue des mal. des enfants* (1898. Hémorragies intestinales). — GARCIN. *Th. de Lyon* (1892).
- Appareil circulatoire. Myocardites:** BERNHEIM. *Congrès de la Rochelle* (1882). — DEMANGE. *Revue de méd.* (1885). — OLSCHIEWSKA. *Th. de Paris* (1894). — POUILLOT. *Th. de Paris* (1895). — WILLAUME. *Th. de Nancy* (1887). — BACALOGLU. Le cœur dans la fièvre typhoïde (*Th. Paris*, 1900).
- Artérites et gangrène:** MILLARDET. *Th. de Paris* (1900). — SELLI. *Union méd.* (1895). — LE CLERC. *Normandie méd.* (nov. 1900). — DREWIT. *Lancet* (15 nov. 1890).
- Complications nerveuses. Formes méningitiques:** FORGET. *Traité de l'entérite folliculaire* (1841). — FRITZ. *Th. de Paris* (1864). — DABOUT. *Th. de Paris* (1902). — MOIZARD et GRENET. *Arch. de méd. des enfants* (1905). — MÉRY et BABONNEIX. *Soc. de Pédiatrie* (1902). — BRETON. Méningite suppurée à bacille d'Eberth (*Revue des mal. de l'enf.* 1891). — CUCHEROUSSET. *Th. de Paris* (1902). — DREWS. Fièvre typhoïde et méningite cérébro-spinale chez un enfant de trois ans et demi. (*Virchows Jahresbericht*, 1894). — GEORGEWITZ. *Th. de Paris* (1891). — MENSI et CARBONE. Méningite à bacille d'Eberth (*Riforma medica*, 1895). — WENTHORTH. Méningite à bacille d'Eberth. (*The Lancet*, 1899).
- Aphasie:** LANDOUZY. *Th. d'aggrégation*. — KERN. *Th. de Fribourg* (1882). — GALATTI. (1897). — VIDAL. *Montpellier méd.* (1897). — DE LA HARPE. *Revue méd. de la Suisse romande* (1885). — BOHN. *Jahr. f. Kinderheil* (t. XX).
- Vésanies:** ADAMS. *Arch. of Pediat.* (1896). — COMBY. — SÉGLAS. *Bull. Soc. hôp.* nov. 1896.
- Divers:** ALBOUSE. Les réflexes dans la fièvre typhoïde (*Th. de Lyon*, 1892).
- Complications osseuses et articulaires:** KEEN. *Mémoire à la Smithsonian Institution of Washington* (1878). — BROCA et ACHARD. *Soc. des hôp.* (nov. 1895), et *Gaz. hebdom.* (janv. 1895). — DÉHU. *Th. de Paris* (1895). — HASLÉ. *Th. de Paris* (1892). — DUCLOS. *Th. de Paris* (1895). — GRANCHER. *Bull. méd.* (octobre 1892). — RATIER. *Th. de Paris* (1901). — JOSEPH LANGER. *Centralblatt für Kinderheil.* (1902). — ALBERT ROBIN. *Gaz. Méd. de Paris* (1881). — POTIER. *Revue des mal. de l'enf.* (1894). — SYDNEY-PHILIP. *Brit. Med. Journ.* — FLORANGE. *Th. de Paris* (1902).
- Voies respiratoires. Larynx:** SCHUSTER. *Arch. für Kinderheil.* (1891, t. XII). — GALLOIS. *Bull. méd.* (15 déc. 1900). — GUINON. *Soc. Pédiatrie* (14 avril 1900). — ACKER. Gangrène du poumon (*Arch. of Ped.*, sept. 1891, p. 660).
- Complications rénales:** GEIER. Néphrite et albuminurie de la fièvre typhoïde des enfants (*Jahrb. für Kinderheil.*, Bd XXXI). — PERRÉ et DEVIC. *Province méd.* (1890). — GUMET. *Th. de Lyon* (1892).
- Complications cutanées:** HUTINEL et MARTIN DE GIMARD. Érythèmes infectieux. (*Méd. mod.*, janv.-fév. 1890). — ARON. *Th. de Paris* (1900). — REMLINGER. *Revue de méd.* (1900). — TORDEUS. *Arch. f. Kinder.* (1898, p. 287). — JANOWSKI. Parotidite purulente à bacille d'Eberth (*Arch. f. Kinderheil.*, 1896, p. 411). — L. GUINON et MEUNIER. Fièvre typhoïde et tub. aiguë (*Revue des mal. de l'enf.*, avril 1897).
- Fièvre typhoïde des nourrissons:** DAVIDSON. *Brit. Med. Journ.* (mai 1902). — LOVE. Fièvre typhoïde chez un enfant de 4 ans 1/2 (*Brit. Med. Journ.*, avril 1902). — CASSOUTE. *Congrès de Marseille* (1898). — M<sup>me</sup> RIVOIRE. *Th. de Montpellier* (1899). — NOBÉCOURT et BERTHERAND. *Soc. de Pédiatrie* (1900). — NOBÉCOURT et VOISIN. *Revue des mal. de l'enf.* (janvier 1905). — ADAMS. *Amer. Journ. of obst.* (octobre 1894). — CORBIN. *Thèse Paris* (1890). — DESPLATS et VOITURIER. *Journ. des sc. méd. de Lille* (28 sept. 1888). — GUINON. *Revue des mal. de l'enf.* (1897). — HAUSHALTER. *Soc. de méd. de Nancy* (janv. 1901). — LEE. *Cleveland Med. Journ.* (1897). — LEMERCIER. *Normandie médicale* (1895). — LOVET MORSE. *Arch. of Ped.* (décembre 1900). — NÖRTHRUP. *Arch. of Ped.* (janv. 1896).
- Séro-diagnostic chez l'enfant:** E. PÉRIER. *Médecine infantile* (1897). — COUTURE. *Th. de Paris* (1897). — MASBRENIER. *Th. de Paris* (1901). — MORRILL. *Th. de Paris* (1896). — PFAUNDLER. *Jahrb. f. Kinderheil.* (L. 5, 1899). — GERSHEL. *Med. Record* (28 nov. 1901). — NACHOD. *Prag. med. Woch.* (14 oct. 1897). — SCHAW. *Lancet* (1897). — SIEGERT. *Munch. med. Woch.* (1897-1890). — BERBER. Valeur de la diazoreaction et de l'examen du sérum pour le diagnostic. (*New-York med. Journ.* (16 avril 1898).
- Traitement:** HAGENBACH. *Jahrb. f. Kinder.* (1872, p. 181). — JACOBI. *Arch. of Ped.* (février 1888). — GILLET. *Revue génér. de clin. et de therap.* (12 et 17 janv. 1889). — JOSIAS. Le bain froid systématique dans la fièvre typhoïde. (*Soc. méd. des hôp.*, 26 déc. 1890, et *Thérap. infant.*, 1896). — NEDZWECKI. *Vratch* (19 juillet 1890). — GARAL. *Th. de Lyon* (1890). — JULES SIMON. *Bull. méd.* (15 nov. 1891). — DARRICARÈRE. *Th. de Lyon* (1892). — BIHOREL. *Th. de Paris* (1895). — DENOYER. Traitement par le sulfate de quinine (*Thèse de Paris*, 1895). — FAURE-MILLER. *Th. de Paris* (1895). — LACAZE. *Th. de Paris* (1895). — SEIBERT. *Arch. f. Kinderheil.* (1896, 20, p. 416). — KISSEL. *Vratch* (1896). — FILATOFF. *Dietsk. med. Mosk.* (1897). — CHAUVEAU. *Th. de Paris* (1901). — M<sup>me</sup> BALABANE. *Th. de Paris* (1900). — BACALOGLU. *Gaz. des hôp.* (1900). — GLÉNARD. *Revue des mal. de l'enf.* (1900).

## XIV

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE<sup>1</sup>PAR LE D<sup>r</sup> LOUIS WOLBERG

Médecin d'enfants à l'hôpital israélite de Varsovie.

Le typhus pétéchiol est une maladie infectieuse qui s'observe chez l'adulte et chez l'enfant; principalement dans les classes pauvres qui y sont prédisposées. Dans les classes aisées, le typhus exanthématique est bien plus rare que la fièvre typhoïde. La contagiosité de cette maladie est très grande; la contagion se fait non seulement par contact direct, mais aussi par l'intermédiaire d'une tierce personne, par les vêtements, les linges, les objets, même par l'air. Cette contagiosité semble atteindre son maximum au stade de guérison (Wyss). L'enfant peut à tout âge être atteint du typhus; cependant les très jeunes enfants sont plus rarement frappés; la maladie est surtout fréquente à l'âge de la puberté, fait qui a été observé par moi comme par Filatow. Filatow n'a pas observé de cas chez l'enfant au-dessous de 5 ans; sur 50 cas que j'ai pu suivre à l'hôpital d'enfants de Bersohn-Baumann, je n'ai vu non plus aucun enfant au-dessous de 5 ans atteint de typhus exanthématique, mais il faut dire que dans cet hôpital on ne reçoit que des enfants au-dessus de cet âge (de 5 à 15 ans).

**Étiologie.** — L'étiologie de cette maladie est encore inconnue; il est incontestable que l'infection doit être provoquée par une bactérie, comme il en est de la fièvre typhoïde, ou de la fièvre récurrente, mais on n'a pas encore réussi à l'isoler d'une façon certaine. Le Prof. Monti (*Kinderheilkunde*, 1900) rapporte qu'un streptobacille fut isolé par *Hlava* dans les cadavres des enfants ayant succombé au typhus exanthématique, et que *Cornil* et *Babès* ont confirmé ces assertions. *Lewaschew* a décrit un micrococcus exanthematicus, qui se rencontrait principalement dans les voies aériennes et dans leurs sécrétions; *Dubief* et *Bruhl* d'autre part ont vu un diplocoque qu'ils regardent comme le véritable agent pathogène. La nature de l'agent étiologique est donc encore très douteuse; cependant, d'après la marche clinique de la maladie et les recherches d'autopsie, on est en droit de soutenir que les bactéries du typhus exanthématique appartiennent à l'espèce streptocoque.

La plupart des cas ont été observés au printemps et en hiver. Sur 50 malades que j'ai soignés à l'hôpital, j'ai vu 22 cas dans le sexe masculin et 28 dans le sexe féminin; le sexe ne semble donc pas avoir d'influence appréciable.

La durée du typhus exanthématique fut de 6 à 17 jours, en moyenne

(<sup>1</sup>) Pour les détails, voir Louis Wolberg, Typhus pétéchiol chez l'enfant, *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXVI, 1887.



12 jours; souvent elle fut un peu plus longue chez les petites filles (de 9 à 24 jours, en moyenne 14,5 jours) et la maladie fut plus grave.

Comme je l'ai déjà fait remarquer, les très jeunes enfants sont moins souvent atteints que les enfants plus grands, fait observé aussi dans beaucoup d'autres maladies infectieuses (fièvre récurrente, fièvre typhoïde, coqueluche). J'ai en outre remarqué que dans les cas où deux ou trois enfants d'une même famille étaient atteints, *les plus jeunes enfants avaient un typhus pétéchiial plus léger au point de vue des symptômes et de la durée que celui des enfants plus âgés.*

**Symptômes.** — L'incubation est d'après *Filatow* de 1 à 5 jours, mais elle peut durer de 1 à 2 semaines. D'après mes observations je n'ai pas pu parvenir à la déterminer exactement; la plus longue que j'aie observée fut de 11 jours; il s'agissait d'un enfant qui prit le typhus de sa mère.

Les enfants sont particulièrement prédisposés à être infectés du typhus; sur le petit nombre des cas que j'ai observés, j'en ai vu six exemples dont deux et même trois enfants de la même famille qui furent atteints simultanément.

Au stade d'incubation je n'ai noté aucun symptôme morbide. Quelquefois cependant les enfants présentaient de l'anorexie, de la céphalée et de la rachialgie. Les frissons étaient exceptionnels comme symptôme initial; les vomissements aussi n'ont été observés par moi que deux fois à ce stade. Par contre la céphalée est constante et dure depuis le début jusqu'à la complète défervescence. En même temps la fièvre s'allume très vive et dès le premier jour la température peut être de 40° C., comme je l'ai observé chez une malade, qui s'infecta à l'hôpital. Pendant 7 à 14 jours la température reste à 40°, les oscillations du matin au soir atteignant à peine 0°,1 à 0°,8 C. Dans mes cas la défervescence s'est faite généralement en lysis; elle fut d'abord d'un degré (59° à 59°,5), puis encore d'un (58°), pour arriver enfin à 57° ou 56°,5.

Le pouls est en rapport avec la fièvre; on compte 120 pulsations à la minute avec une température de 40° C. Lors de la défervescence cependant la diminution du nombre des pulsations ne marche pas de pair avec l'abaissement de température, elle est plus rapide qu'elle ne devrait l'être; on compte toujours de 88 à 96 pulsations quand la température est redevenue normale, et le chiffre ne redevient normal que deux à trois jours après la défervescence. Chez les enfants affaiblis le pouls est quelquefois très petit et très rapide (156, 140, 146), ce qui doit être rapporté à l'influence de la fièvre ou du poison du typhus sur le centre de régulation des mouvements cardiaques. A cette période l'emploi des excitants est indiqué; souvent ils amènent une rapide amélioration.

En même temps que la fièvre est élevée, il y a du délire surtout nocturne. Le jour les petits malades sont somnolents et apathiques. Dans les semaines suivantes il survient du délire même avec une température basse (58° C.). Les hallucinations peuvent s'observer et même après la défervescence à 56°,8 C.

En même temps que la céphalée et la fièvre, avant l'apparition du

symptôme capital, la roséole, on note différents symptômes intestinaux. Ils consistent en douleurs de ventre, constipation, météorisme; puis s'établit une légère diarrhée. Je n'ai vu qu'une fois du méléna. L'anorexie, la soif, l'état de la langue qui est blanche, épaisse, sèche, peuvent s'observer pendant toute la maladie.

Les douleurs musculaires, surtout dans les adducteurs des cuisses, dans les mollets, durent pendant toute l'évolution; des arthropathies ont été notées par moi chez deux enfants, et les deux fois dans l'épaule droite. Du côté des organes respiratoires, on ne voit qu'une bronchite bilatérale, qui appartient aux symptômes précoces, dure pendant toute la maladie pour disparaître sans laisser de traces ni reliquats.

Le symptôme principal, la *roséole*, survient d'ordinaire au cinquième jour; elle recouvre d'abord le thorax, le ventre, puis la face, tout le dos, les membres. Elle consiste en petites taches rondes, qui restent rouges pendant 5, 4 ou 5 jours, puis pâlisent et disparaissent sans laisser de traces. Quelquefois cependant persistent des taches pigmentaires comme à la suite de la rougeole. Pendant l'aicmé de l'infection je n'ai pas vu seulement des taches rouges, mais aussi des papules; la maladie fut très sévère mais néanmoins se termina bien.

Des pétéchiies et ecchymoses, je n'en ai vu que dans les trois cas qui eurent une évolution mortelle.

Dès les premiers jours de l'évolution du typhus on trouve une grosse rate qui le sixième jour remonte jusqu'à la huitième côte, pour s'élever encore davantage ensuite, à la septième et à la sixième côte. La limite inférieure de la rate s'abaisse notablement, ce qu'on ne peut établir qu'en l'absence de météorisme. La rate hypertrophiée n'est pas douloureuse comme dans la fièvre récurrente et rétrocède seulement au moment de la guérison. Je n'ai vu dans aucun de mes cas d'hypertrophie hépatique ni d'ictère.

Les hémorragies, épistaxis, ecchymoses cutanées, méléna, sont très rares au cours du typhus (j'en ai observé deux fois), mais elles sont d'un fâcheux pronostic; dans un de mes deux cas, où il s'agissait d'une enfant de 6 ans, la terminaison fut la mort; l'autre cas, observé chez une fillette de 12 ans, se termina bien par la guérison, mais seulement au bout de 7 1/2 semaines.

La desquamation épidermique s'observe dans le typhus, mais elle y est peu marquée, si bien que je n'ai pu en établir l'existence certaine que dans deux cas: chez un jeune garçon de 6 ans, au treizième jour, le malade étant apyrétique, et chez un garçon de 12 ans, au vingt et unième jour, la fièvre persistant encore. Les squames sont très fines, comme dans la rougeole.

J'ai vu dans beaucoup de cas survenir des sueurs comme phénomène critique, mais pas dans tous, comme c'est la règle dans la fièvre récurrente. En dehors des sueurs critiques, on voit aussi dans le cours de la maladie et coexistant avec une haute température des sueurs répandues sur tout le corps.

Les complications sont très rares dans le typhus; je n'en ai vu que deux fois; un petit garçon de 6 ans eut pendant l'évolution du typhus une pneu-



monie fibrineuse dont il guérit; un autre eut un noma de la joue droite qui ne guérit qu'après de longues souffrances.

Je n'ai pas vu de *reliquats* importants dans le typhus, bien que j'aie examiné les enfants pendant plusieurs semaines; deux fois seulement j'ai noté une légère surdité, et une fois un écoulement d'oreilles pendant la convalescence. Ces malades n'avaient pris pendant leur maladie ni quinine, ni salicylate de soude.

Sur 50 malades j'ai eu 3 cas de morts, soit 6 pour 100. Un enfant succomba à des lésions scorbutiques du sang, un second à un noma, le troisième à une attaque de collapsus généralisé. Les trois enfants qui succombèrent avaient plus de 6 ans, étaient chétifs, mal nourris.

**Pronostic.** — Le *pronostic* du typhus est assez bon; les enfants supportent bien mieux la fièvre élevée et les symptômes cérébraux graves dans le typhus que dans la scarlatine. Après la défervescence, ils se rétablissent vite et ce n'est que quand la fièvre a duré longtemps que la convalescence est longue aussi et dure une à deux semaines. Chez les convalescents la marche est particulièrement difficile, probablement à cause des douleurs musculaires.

**Traitement.** — Le *traitement* est uniquement symptomatique. Au début on nettoiera l'intestin avec de l'huile de ricin ou du calomel; ensuite on ordonnera des solutions acides faibles (acides phosphorique, chlorhydrique ou borique) ou une émulsion d'amandes. Les lotions avec de l'eau froide, additionnée d'un peu de vinaigre, sont indiquées contre la fièvre élevée. S'il y a des symptômes cérébraux, on fera des enveloppements froids, on appliquera une vessie de glace sur la tête rasée. Si le pouls est faible, on donnera des excitants (camphre, vin, benzoate de soude). La quinine et l'acide salicylique se sont montrés sans effet contre la fièvre et les autres symptômes; je les ai par conséquent abandonnés après maint essai infructueux. Pendant la convalescence on conseillera une diète légère et fortifiante et des médicaments toniques tels que quinquina, teinture de mars, sirop d'iode de fer.

## XV

## FIÈVRE RÉCURRENTÉ

PAR LE D<sup>r</sup> L. WOLBERG

Médecin d'enfants à l'Hôpital israélite de Varsovie.

La maladie épidémique, dont il s'agit ici, commença à se montrer à Varsovie comme dans le reste de l'Europe, en 1879, et l'épidémie s'éteignit en 1885. Pendant ce laps de temps, j'ai observé à l'hôpital d'enfants de Bersohn-Bauman, à Varsovie, auquel j'étais attaché alors, 47 cas de fièvre récurrente chez des enfants de race et de religion juives, âgés de 3 à 15 ans, et appartenant aux classes les plus pauvres<sup>1</sup>.

Depuis cette époque, je n'ai plus revu de cas de fièvre récurrente, parce que depuis 20 ans la maladie n'a plus reparu.

En 1880 nous avons eu à traiter 28 cas à l'hôpital; en 1881, seulement 6; en 1882, le double, soit 12; en 1883, 1 seul cas, qui se montra en avril, comme une sorte d'arrière-garde.

Les cas les plus nombreux se présentèrent au printemps et en été, ce qui a été confirmé par les autres médecins des hôpitaux de Varsovie, qui ont écrit sur cette épidémie (Szwajcer, Dunin).

Le sexe est sans influence soit sur la fréquence, soit sur la gravité et la durée.

Pour ce qui est de l'âge, les enfants plus grands (au-dessus de 6 ans) sont plus souvent atteints que de plus jeunes (de 3 à 5 ans).

Le début est tout à fait brusque, de sorte qu'il n'y a pas à décrire de stade prodromique. Je n'ai pas pu établir exactement combien de temps reste, à l'état latent, dans l'organisme de l'enfant, le contagium de la fièvre récurrente.

Chaque attaque, et il y en eut une, deux ou trois, survient brusquement et débute avec *de grands frissons, une forte fièvre, de violentes douleurs de la tête, du ventre et des muscles, surtout* dans les membres inférieurs. Quelquefois les enfants vomissent, mais pas toujours. En outre, on voit dans tous les cas un état saburral de la langue, de la constipation, et, en différents points de l'abdomen, de vives douleurs. Ces symptômes sont très analogues à ceux que présentent les typhiques, et justifient le nom de typhus récurrent donné autrefois à cette maladie, mais qui n'est pas juste au point de vue étiologique. Les symptômes gastriques ne durent ordinairement que pendant l'accès, disparaissent à la période de rémission, pour réapparaître lors de l'accès suivant. Les douleurs abdominales sont localisées par les enfants dans les hypochondres, où l'on note l'hypertrophie du foie et de la rate, et plus souvent à l'ombilic et à la région du cæcum.

<sup>(1)</sup> Voir pour les détails : L. WOLBERG. Fièvre récurrente et typhus chez l'enfant. *Jahrb. f. Kinderheilk.* N. F., Bd XXVI, 1887, et *Gazeta Lekarska*, 1886.



Les douleurs musculaires siègent dans les mollets et les adducteurs des cuisses, dans le cou, les muscles du dos; elles sont très pénibles, persistent pendant tout l'accès pour disparaître à la période de rémission. Elles reparaissent avec l'accès suivant.

Assez souvent j'ai vu chez l'enfant un *herpès labial* pendant l'accès, disparaissant à la période de rémission, et réapparaissant avec la reprise de l'accès. Un symptôme encore plus rare est l'*angine catarrhale*, que j'ai vue dans les deux accès, alors qu'elle n'existait pas lors de la rémission. Même chose a été observée par le Dr Weissenberg (*Jahrb. f. Kinderh. N. F. VII Band*).

J'ai assez souvent observé du *délire* pendant les accès avec une température élevée; il se montrait surtout pendant la nuit, et ne durait pas plus de 1 à 2 jours.

Dans les *voies respiratoires*, les symptômes (dyspnée violente, râles secs ou humides, toux) ne sont pas toujours très accentués, et, s'ils existent, ne persistent pas au delà de 2 à 3 jours.

J'ai vu deux fois de l'*albuminurie*; mais ce n'est pas là un symptôme de la maladie, mais bien une complication accidentelle.

Chez une de mes malades, j'ai vu pendant l'accès une *roséole* qui exista jusqu'au 7<sup>e</sup> jour dans le dos et sur les membres; Weissenberg aussi a observé un fait de ce genre.

La *tumeur splénique* appartient aux symptômes les plus caractérisés de la fièvre récurrente. Déjà aux 4<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> jours, il y a sur la ligne axillaire une forte matité splénique que décèle la percussion, et dont la limite supérieure atteint la 6<sup>e</sup> côte; la limite inférieure dépasse le rebord costal de deux travers de doigt. Cette tumeur dure pendant tout l'accès, diminue rapidement pendant la période intercalaire, de sorte qu'au 5<sup>e</sup> jour de la rémission la rate est revenue à la normale. Avec le nouvel accès, elle se remet à s'hypertrophier et est déjà au 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour aussi grosse qu'elle l'était dans le premier accès. Rarement la limite supérieure de la rate hypertrophiée atteint la 6<sup>e</sup> côte; le plus souvent elle s'arrête à la 8<sup>e</sup> ou 7<sup>e</sup>.

Le *foie* est par contre rarement hypertrophié dans la fièvre récurrente: je n'ai vu cette hypertrophie que cinq fois (dans l'été de 1880), et seulement quatre fois dans le premier accès. Dans un seul cas, il y eut une notable hypertrophie du foie dans chacun des trois accès, et avec la chute de température à chaque rémission le foie redevint normal.

J'ai vu deux fois de l'*ictère*, et cela chez deux malades dont le foie était hypertrophié; il ne se montra qu'au premier accès.

Le sang des patients fourmille de *spirilles* (spirochètes), découverts par Obermeier, et considérés par lui comme la cause de la maladie. Les examens faits pendant les accès ont toujours donné un résultat positif; entre les accès, il n'y a pas eu d'examen de fait. Pendant les accès suivants, j'ai trouvé dès les premiers jours un assez grand nombre de spirilles dans le sang des petits malades<sup>1</sup>.

(<sup>1</sup>) Szwajcer (*Gazeta Lekarska*, 1881) a vu les spirilles seulement pendant les accès; les parasites disparaissent complètement dans les périodes intercalaires. Leur nombre n'est pas en rapport avec la

Très caractéristique est dans cette maladie la *courbe thermique*. La température s'élève très haut, jusqu'à 41° C., même 41°,6. Quelquefois elle atteint le même niveau dans chaque accès, d'autres fois elle n'est aussi élevée que dans l'un d'eux. Ce n'est pas au premier jour de l'accès que monte la température d'emblée à son maximum, mais elle atteint d'abord 39° ou 39°,5, augmente le lendemain de 0°,5 à 1° C. La chute s'en fait rapidement, de sorte qu'on peut voir, du soir au matin, un écart de 5 à 6 degrés, (de 41°,4 à 35°,5). D'habitude l'accès finit par une terminaison critique. Mais il peut arriver que, après la défervescence, la température remonte le lendemain de 1° C., et cette hyperthermie dure de 1 à 2 jours. On pourrait appeler cela un accès pseudo-critique.

De l'état de la température pendant les accès et de leurs rémissions on ne peut pas tirer de conclusion s'il surviendra un nouvel accès, et par conséquent on n'est pas en mesure de dire après un accès si le malade peut être renvoyé de l'hôpital, sans être menacé d'un 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> accès.

Le *pouls* est à 100 ou 140; il correspond donc à l'hyperthermie; pendant la rémission, il redevient tout à fait normal, à 60 ou 70.

La fin de chaque accès est marquée par la chute de la température, le ralentissement du pouls, des *sueurs critiques*. Celles-ci sont très copieuses, durent quelques heures, s'étendent à tout le corps, et se voient dans tous les cas et dans tous les accès. Je n'ai vu que trois fois un accès évoluer sans sueur.

Quelquefois il y a à la fin des accès avec les sueurs de copieuses *épistaxis* (cinq cas, généralement au dernier jour de l'accès).

La terminaison de l'accès a lieu d'ordinaire la nuit (52 cas) et elle ne s'est faite que douze fois le jour.

La *durée* du premier accès fut de 4 à 10 jours, généralement de 7 jours. Avec la chute thermique et les sueurs, disparaissent tous les autres symptômes de la maladie: céphalée, délire, anorexie, etc. Les forces reviennent rapidement, de sorte qu'au 5<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour de la rémission l'enfant qui était si prostré est méconnaissable. Il boit et mange avec plaisir, digère bien, a un sommeil calme, se promène dans la chambre et est gai. La température est normale; les spirilles ont disparu du sang.

La première rémission dure généralement une semaine (la plus courte fut de 4 jours 1/2, la plus longue de 11). Entre la durée de l'accès et celle de la rémission il y a un rapport constant.

Il y a des cas bien avérés où l'on ne compte qu'un accès. J'ai moi-même quatre cas indubitables avec un seul accès. Même chose a été observée par Pilsz, Weissenberg, Wyss, Bock. Mais le plus souvent il survient un second accès, fait que j'ai observé chez 55 enfants, plus rarement un troisième (15 cas). Je n'ai jamais vu quatre accès.

Le second accès est tout à fait semblable au premier, mais ne dure que de 2 à 5 jours, quelquefois même seulement de 1 à 1 jour 1/2. Il se termine d'ordinaire la nuit par une défervescence critique et des sueurs.

fièvre ni avec la gravité des cas. Chez les sujets faibles, les spirilles sont plus nombreux que chez les sujets forts. Il semble que le nombre augmente aussi à la fin de l'accès.



Après l'accès, les enfants reviennent très rapidement à eux et quittent l'hôpital du 3<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> jour après la défervescence.

La deuxième rémission, que j'ai observée chez 15 enfants, suivie d'un troisième accès, dura de 4 à 12 jours, en général 7 jours, et ressembla à la première. Le troisième accès est court, dure de 1 à 3 jours, mais est tout à fait analogue aux précédents.

Même après le troisième accès les enfants se rétablissent entièrement en quelques jours.

Je n'ai pas vu un quatrième accès, pas plus que *Szwajcer* et *Dunin*, qui ont étudié la même épidémie chez l'adulte.

*Tous nos enfants ont guéri et aucun d'eux ne quitta l'hôpital avec quelque reliquat. Le pronostic est donc bon et même très favorable.*

Chez les enfants anémiques, mal nourris, on peut observer à la suite des lésions de l'œil et de l'oreille, comme cela se voit chez des prédisposés à la suite de toute affection grave.

La mortalité des enfants est donc nulle, tandis que chez l'adulte elle a atteint 2,9 pour 100 (*Szwajcer*), et même 5,5 pour 100 (*Dunin*), ce qui est à attribuer aux nombreuses affections chroniques de l'adulte, comme aussi à l'alcoolisme.

Le traitement est purement symptomatique : au début on prescrira un purgatif, huile de ricin ou calomel (5 paquets de 0 gr. 1), puis un lavement huileux et une diète sévère. Dans la période de rémission, on peut donner déjà au deuxième ou troisième jour de la viande, des petits pains, du gruau. Les antipyrétiques, donnés pendant la période intercalaire, n'ont pas empêché l'éclosion d'un nouvel accès, de sorte que dans la suite nous en avons cessé l'emploi (quinine, salicylate de soude). Même des moyens énergiques, comme les bains chauds, les drastiques, les diaphorétiques, ont été abandonnés, et nous donnions aux enfants une solution acide (acide chlorhydrique) ou une émulsion huileuse.

Trois fois par jour on lotionnait avec de l'eau vinaigrée les enfants ayant encore de la fièvre. Aux enfants affaiblis on donnait des fortifiants et des analeptiques (vin, camphre).

Les complications accidentelles (néphrite parenchymateuse, angine, bronchite) étaient traitées par les moyens ordinaires.

## XVI

## MALADIE DE WEIL

(FIÈVRE BILIEUSE, TYPHUS HÉPATIQUE, LANDOUZY)  
(PARENCHYMATOSE AIGUË, AUFRECHT)

PAR A. BAGINSKY

Professeur à l'Université de Berlin, directeur de l'hôpital d'enfants Empereur et Impératrice Frédéric.

La maladie qui porte le nom de *Weil*, son premier auteur, a été décrite en 1886 et ressemble par certains symptômes aux maladies typhoïdes à un tel point qu'on a déjà autrefois eu l'idée de l'en rapprocher; en outre, récemment, par l'épreuve de Widal, on a pu établir des connexions encore plus étroites entre elle et la fièvre typhoïde, dans des cas si bien caractérisés qu'on pouvait les regarder comme des formes typiques de la maladie qui nous occupe. Weil définit les cas décrits par lui comme répondant à une maladie infectieuse, accompagnée de tumeur splénique, d'ictère et de néphrite.

Des troubles nerveux particuliers font partie du cortège de cette infection dans tous les cas, troubles qui ont été observés même chez des individus vigoureux; ils consistent en céphalée, obnubilation du sensorium, vertiges, tendance au délire, insomnie; puis survient un ictère léger, une hypertrophie douloureuse du foie et de la rate, de l'albuminurie et comme dans les néphrites des modifications des urines, cylindres, débris épithéliaux, globules rouges; la langue est chargée; on note de l'anémie, de la diarrhée alternant avec la constipation. La fièvre est assez élevée. Dans un cas on a vu des érythèmes, de l'herpès labial, de la roséole. La maladie a évolué dans les premiers cas observés d'une façon favorable quoique la convalescence en fût longue et traînante. Dans des travaux allemands<sup>1</sup> actuellement assez nombreux, tels que ceux d'Aufrecht, de Goldschmidt, de Wagner, etc., dans les monographies de Wassilieff, Freyhan, en France<sup>2</sup> dans les articles de Landouzy, Mathieu, Temowski, etc., on a attaché de la valeur à l'évolution rémittente de la fièvre avec issue en somme favorable. Il est remarquable que la littérature pédiatrique soit pauvre sur cette question, et certainement c'est à tort, parce que, en raison de la fréquence de l'ictère chez l'enfant, indépendamment de celui du nouveau-né, il ne fait pas de doute que l'affection n'existe aussi chez l'enfant, et qu'elle y soit peut-être même plus fréquente que chez l'adulte.

Ce qui rend chez l'enfant aussi très difficile la démarcation de cette

<sup>(1)</sup> WEIL. *Deutsches Archiv für klin. Med.*, Bd 59, 1886. — AUFRECHT. Bd 40. — GOLDSCHMIDT. Bd 40. — WAGNER. Bd 40. — WASSILIEFF. Ueber infectiösen Icterus. *Wiener Klinik*, 1889. — FREYHAN. *Berliner Klinik*, 1894, Heft 68.

<sup>(2)</sup> LANDOUZY. *Gaz. des hôp.*, 1885. — MATHIEU. *Revue de méd.*, 1886. — TEMOWSKI. *De l'ictère infectieux fébrile*, Paris, 1889.