



# OBSERVATIONS

SUR LA

# FIÈVRE TYPHOÏDE DE L'ENFANCE

Faites à l'Hôpital des enfants de Bâle.

Dissertation inaugurale présentée à la Faculté de médecine de Bâle  
pour l'obtention du grade de docteur

PAR

GEORGES DE MONTMOLLIN

DE NEUCHÂTEL

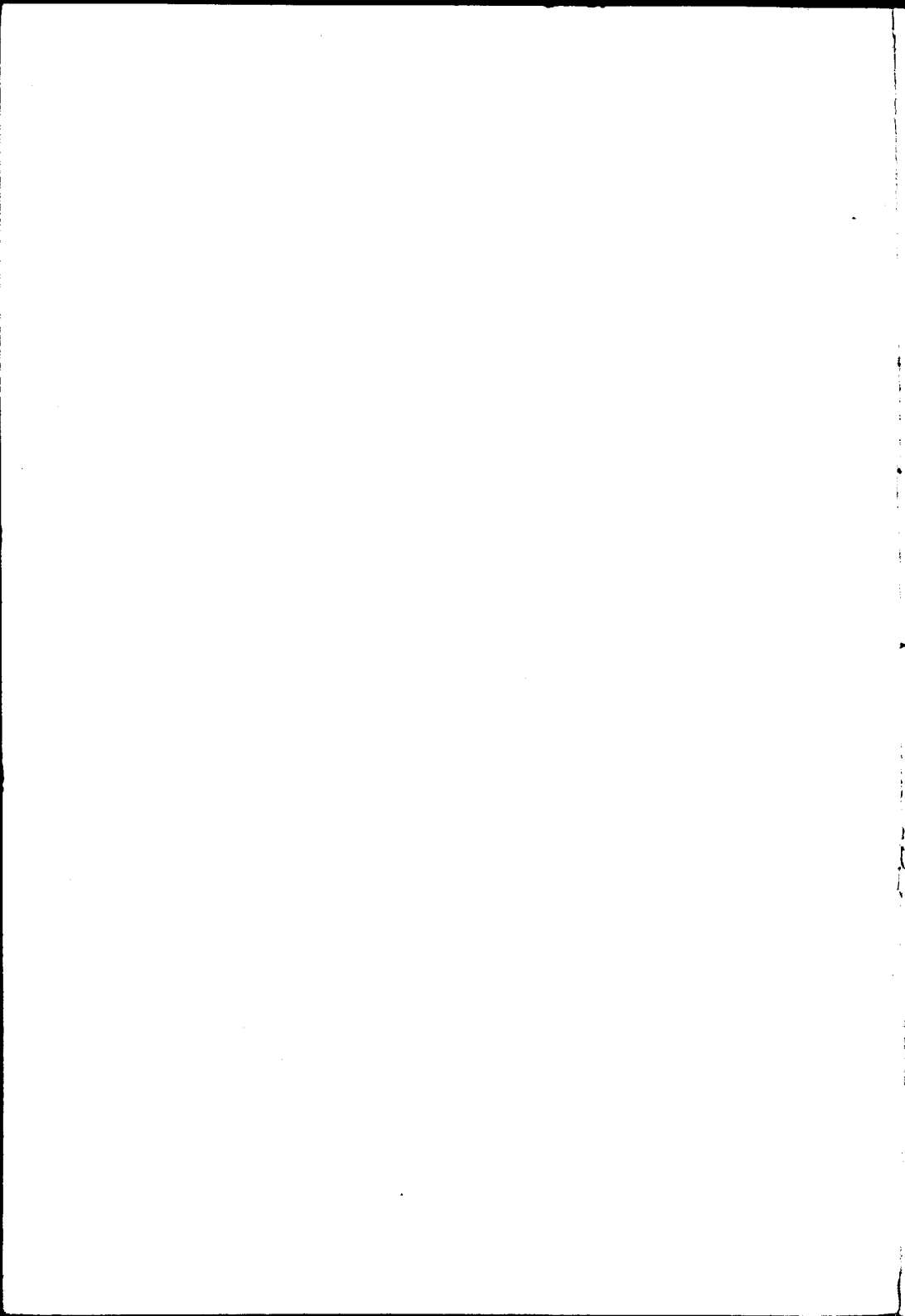
*Genemigt auf Antrag von Herrn Professor Dr. E. Hagenbach-  
Burckhardt.*



NEUCHÂTEL

IMPRIMERIE DE H. WOLFRATH ET C<sup>ie</sup>

1885



# OBSERVATIONS

SUR LA

# FIÈVRE TYPHOÏDE DE L'ENFANCE

Faites à l'Hôpital des enfants de Bâle.

---

Dissertation inaugurale présentée à la Faculté de médecine de Bâle  
pour l'obtention du grade de docteur

PAR

GEORGES DE MONTMOLLIN

DE NEUCHÂTEL

---

*Genehmigt auf Antrag von Herrn Professor Dr. E. Hagenbach-  
Burckhardt.*



---

NEUCHÂTEL

IMPRIMERIE DE H. WOLFRATH ET C.

1885



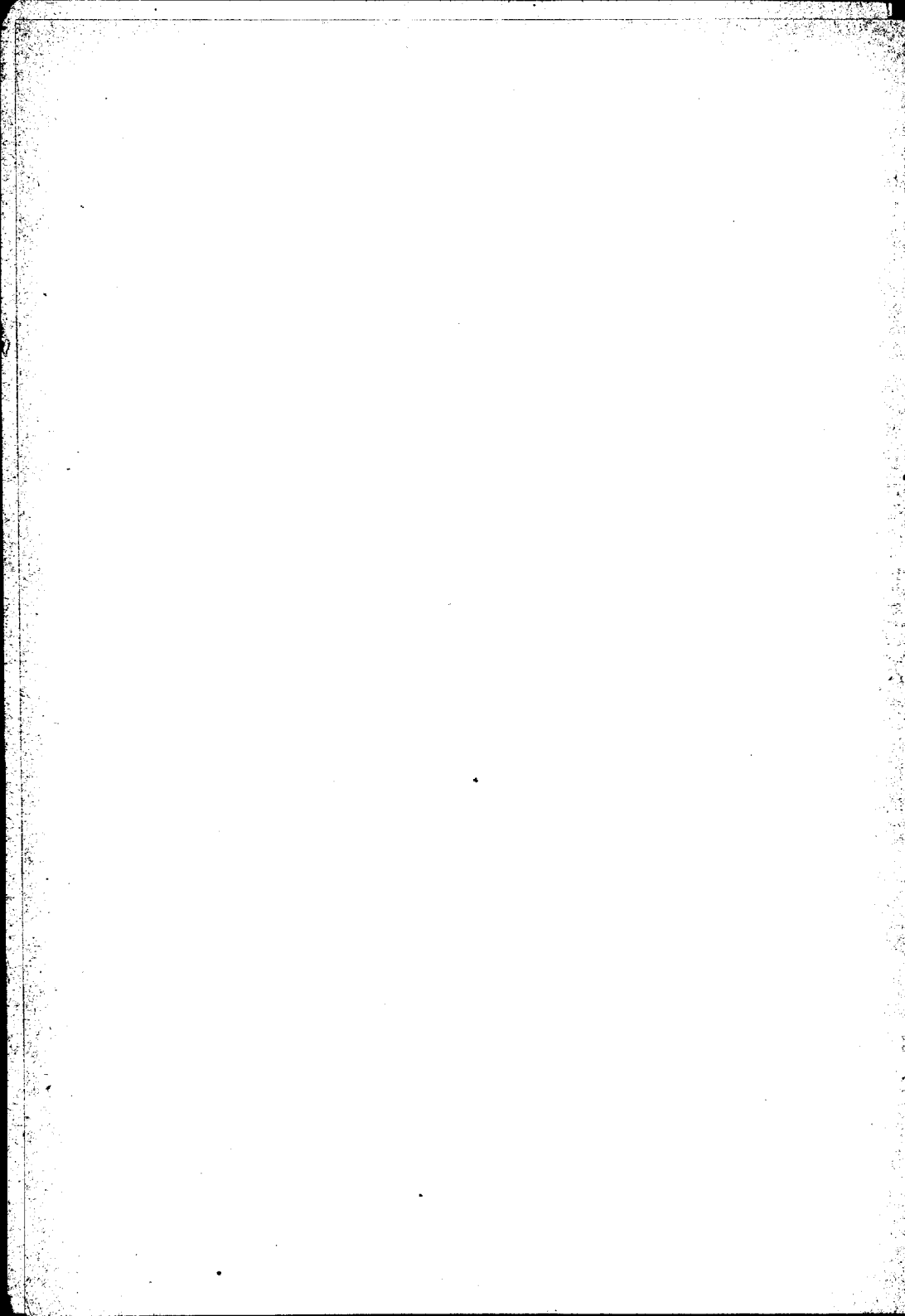


A MONSIEUR LE PROFESSEUR

D<sup>r</sup> E. HAGENBACH-BURCKHARDT

*Témoignage de reconnaissance.*

L'AUTEUR.



## INTRODUCTION

---

Depuis que Rillet, <sup>1</sup> en 1840, publiait la première monographie sur la fièvre typhoïde de l'enfance, et que *Taupin*, <sup>2</sup> dans la même année, faisait paraître dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* ses recherches cliniques sur le même sujet, bien des travaux concernant l'ileo-typhus des enfants ont vu le jour, soit comme monographies, soit dans des manuels de maladies de l'enfance.

En 1846, Skokalski <sup>3</sup> publiait un travail important sur le même sujet. Deux ans plus tard, Löschner <sup>4</sup> et Friedleben <sup>5</sup> faisaient paraître le résultat de leurs observations.

La monographie de Friedrich, <sup>6</sup> qui parut en 1856, est un des travaux les plus importants écrits sur la fièvre typhoïde de l'enfance.

Dans ces dernières années, Pfyffner <sup>7</sup> s'est occupé

1 De la fièvre typhoïde chez les enfants. Thèse. Paris 1840.

2 *Journal des connaissances méd.-chir.* Paris. Nov.-Déc. 1839, Janv. 1840.

3 *Die Geschichte und die pathologische Anatomie des typhösen Fieber bei den Kindern.* *Journal für Kinderkrankheiten.* Bd. VII und VIII.

4 *Prager Vierteljahrschrift.* Bd. IX.

5 *Griensingers Archiv.* 1848. Heft I.

6 *Der Abdominaltyphus der Kinder.* Dresden 1856.

7 *Zum Typhus abdominalis des Kinderalters.* Basel 1875.

spécialement de la mortalité, de la morbidité et de l'anatomie pathologique de cette maladie.

Les travaux de Gerhardt <sup>1</sup> (*Handbuch für Kinderkrankheiten*) et de Henoch <sup>2</sup> (*Charité-Annalen*) sur la fièvre typhoïde des enfants, sont les plus importants qui aient été écrits dans ces derniers temps.

Notons encore deux travaux parus assez récemment, l'un de Rehn <sup>3</sup> dans la *Deutsche medizinial-Zeitung*, et l'autre de Parrot <sup>4</sup> dans le *Progrès médical*.

Nous croyons ainsi avoir cité les principaux travaux traitant de la fièvre typhoïde des enfants. Cependant plusieurs auteurs trouveront encore leur mention dans le cours des pages qui vont suivre.

Notre travail est basé sur 295 cas de fièvre typhoïde soignés à l'hôpital des enfants de Bâle de 1869 à 1884; c'est sur le conseil de M. le professeur Hagenbach que nous avons entrepris ce travail. Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, de lui exprimer nos remerciements pour les directions qu'il a bien voulu nous donner dans le cours de notre tâche.

Notre but est avant tout d'enrichir la littérature médicale d'un nouveau contingent d'observations, aussi nous contenterons-nous d'exposer le résultat de nos recherches et de les comparer avec les travaux parus précédemment.

1 Handbuch der Kinderkrankheiten. Zweiter Band. Tübingen 1877.

2 Charité-Annalen. II Band.

3 Das Typhöid im Kindesalter. Deutsche medizinial Zeitung. 1884.

4 Progrès médical. 1882. N<sup>os</sup> 24, 26, 27, 29.

## OBSERVATIONS

SUR LA

# FIÈVRE TYPHOÏDE DE L'ENFANCE

---

### Influence de l'âge et du sexe sur la réceptivité de la maladie.

Les 295 enfants traités à l'Hôpital des enfants de Bâle pour fièvre typhoïde se répartissent, quant au sexe, en :

136 garçons,  
159 filles,

donc une différence de 23 en faveur du sexe féminin.

D'après Liebermeister, <sup>1</sup> le sexe masculin paraît plus prédisposé à acquérir cette maladie, mais cet auteur ne fait aucune différence entre l'enfance et l'âge mûr.

Les auteurs (Rillet, <sup>2</sup> Friedrich, <sup>3</sup> Löschner, <sup>4</sup> Pfyff-

1 Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Ziemser. II. Band.

2 De la fièvre typhoïde chez les enfants. Paris 1840.

3 Der Abdominaltyphus der Kinder. Dresden 1856.

4 Prager Vierteljahrschrift. Bd. IX.

ner, <sup>1</sup> Parrot, <sup>2</sup> Henoch <sup>3</sup>) qui se sont occupés plus spécialement de la fièvre typhoïde chez les enfants, sont presque tous unanimes pour constater une prédisposition plus forte à cette maladie chez les enfants du sexe masculin que chez ceux du sexe féminin.

Henoch <sup>4</sup> ne pense pas que les statistiques que nous possédons à ce sujet permettent de porter un jugement.

A l'Hôpital des enfants de Bâle, le sexe féminin a livré un plus fort contingent à cette affection que le sexe masculin. La cause de ce fait nous échappe complètement.

Actuellement il est établi que la fièvre typhoïde peut contaminer des individus de tout âge, et qu'elle n'est point rare du tout chez les enfants.

Rillet et Barthez <sup>5</sup> trouvent la plus grande fréquence de la fièvre typhoïde à l'âge de 9 à 14 ans (76 cas sur 111 cas), Friedrich, <sup>6</sup> Friedleben, <sup>7</sup> Löschner <sup>8</sup> et Henoch <sup>9</sup> à l'âge de 5 à 9 ans, Griensinger <sup>10</sup> de 5 à 11 ans, et Pfyffner <sup>11</sup> de 9 à 13 ans.

Voici, dans le tableau suivant, l'âge des malades qui servent de base à notre travail :

- 1 Zum Typhus Abdominalis des Kindesalters. Basel 1875.
- 2 Progrès médical. 1882. N<sup>o</sup> 24, 26, 27, 29.
- 3 Charité-Annalen. II. Bd.
- 4 Loc. cit.
- 5 Maladies des enfants, II, 2<sup>me</sup> édition.
- 6 Loc. cit.
- 7 Loc. cit.
- 8 Loc. cit.
- 9 Loc. cit.
- 10 Infektionskrankheiten. 2. Auflage.
- 11 Loc. cit.

Age	Garçons	Filles	Total	
1 <sup>re</sup> année	1	5	6	2,0 %
2 <sup>me</sup> »	6	3	9	3,0
3 <sup>me</sup> »	5	3	8	2,7
4 <sup>me</sup> »	9	15	24	8,1
5 <sup>me</sup> »	12	10	22	7,4
6 <sup>me</sup> »	10	11	21	7,1
7 <sup>me</sup> »	12	15	27	9,1
8 <sup>me</sup> »	16	20	36	12,2
9 <sup>me</sup> »	10	14	24	8,1
10 <sup>me</sup> »	15	14	29	9,8
11 <sup>me</sup> »	19	16	35	11,8
12 <sup>me</sup> »	10	17	27	9,1
13 <sup>me</sup> »	7	11	18	6,1
14 <sup>me</sup> »	4	2	6	2,0
15 <sup>me</sup> »	—	3	3	1,0
	136	159	295	

Il ressort de notre aperçu qu'à l'Hôpital des enfants de Bâle la fréquence la plus forte est entre 4 et 12 ans. Dans ce laps de temps, nous avons 245 cas sur un total de 295. La 8<sup>me</sup> et la 11<sup>me</sup> année fournissent le plus fort contingent de malades.

Les deux premières années de la vie sont représentées par 15 malades. *Ce fait prouve, contrairement au dire de certains auteurs, que cette affection n'est pas très rare à cet âge.*

Depuis l'âge de 13 ans, beaucoup d'enfants se font traiter non à l'Hôpital des enfants, mais à l'Hôpital bourgeois, ce qui ne nous permet pas d'apprécier avec exactitude la fréquence de la maladie à cet âge-là.

### Mortalité.

Tous les auteurs sont d'accord que l'ileotyphus de l'enfance a un cours beaucoup plus favorable que celui des adultes. La moindre fréquence d'ulcérations profondes, par conséquent la rareté des hémorragies et des perforations serait, d'après Rillet et Barthez, <sup>1</sup> la cause de ce fait.

Nous avons encore d'autres facteurs qui entrent ici en ligne de compte et qui atténuent chez les enfants la gravité de la maladie. C'est d'abord la fièvre qui est en moyenne moins intense et surtout moins résistante que chez l'adulte; en outre, les enfants échappent à certains moments défavorables qui sont l'apanage de l'adulte, comme l'alcoolisme et la grossesse.

Voici quelques chiffres de mortalité infantile par suite de fièvre typhoïde :

D'Espine <sup>2</sup>	a eu 7 décès sur 43 malades (16,2 %).
Lébert <sup>3</sup>	» 4 » 33 » (12,1 %).
Loeschner <sup>4</sup>	» 8 » 104 » (7,6 %).
Friedrich <sup>5</sup> (Hôpital des enfants de Dresde)	a eu 11,3 % de mortalité.
Friedleben <sup>6</sup>	a 11,2 % de mortalité.
Pfyffner <sup>7</sup> (Prague)	a 6,5 % de mortalité.
Henoch <sup>8</sup>	a 7,5 % de mortalité.

1 Loc. cit.

2 Quelques remarques sur la fièvre typhoïde des enfants. Lausanne 1875.

3 Beiträge zur genaueren Kenntniss der verschiedenen Formen des Typhus. Prager Vierteljahrschrift, Bd. 56.

4 Loc. cit.

5 Loc. cit.

6 Loc. cit.

7 Loc. cit.

8 Loc. cit.

Nos 295 cas accusent 26 décès (8,8 %).

Chez 7 enfants, la mort arriva soit à la fin de la maladie, soit pendant la convalescence, par suite de diphthérie ou de scarlatine acquises à l'Hôpital même. La fièvre typhoïde n'a donc été que dans 19 cas la cause directe de la mort. Notre pour cent réel serait ainsi 6,4.

En comparant ce chiffre avec ceux des différents auteurs que nous avons cités, l'Hôpital des enfants de Bâle accuse la plus faible mortalité.

D'après le sexe et l'âge, les décès se répartissent comme l'indique le tableau suivant :

Age	Garçons	Filles	Total
1 an	1	1	2
3 ans	1	—	1
4 »	2	1	3
5 »	1	1	2
6 »	—	2	2
7 »	1	—	1
8 »	1	1	2
9 »	1	—	1
11 »	1	2	3
12 »	—	1	1
15 »	—	1	1
	9	10	19



Nous obtenons ainsi :

Mortalité chez les garçons, 6,61 %.

» » filles, 6,28 %.

Différence trop minime pour être prise en considération.

Passons maintenant à l'étude des différents symptômes de la fièvre typhoïde.

### Fièvre.

Dans ce chapitre, nous examinerons la fièvre au point de vue de sa durée, de son intensité et de son apparition au début de la maladie. Une analyse plus détaillée ne nous serait pas possible, car dans tous nos cas la méthode antipyrétique a été employée, et par cela même les courbes dénaturées. En outre, beaucoup de nos cas arrivent à l'Hôpital dans un état de maladie plus ou moins avancé; il nous est donc impossible d'en avoir un aperçu complet.

DÉBUT DE LA MALADIE. — Sur 269 cas, il s'en trouve 24 où la maladie a commencé d'une manière aiguë, c'est-à-dire avec fièvre palpable précédée le plus souvent de frissons, alors que l'état des patients n'avait rien présenté d'anormal auparavant.

Dans tous les autres cas, nous avons eu des prodromes de plus ou moins longue durée.

Henoch,<sup>1</sup> sans nier ces cas à début aigu, admet la possibilité de légers mouvements fébriles antérieurs, passés inaperçus.

Les auteurs sont en général d'accord pour constater que ces cas prennent un caractère abortif ou tout au moins un cours favorable.

Chez nos 24 malades, nous avons pu remarquer ce fait; 6 parmi ceux-ci sont des formes abortives, les

1 Loc. cit.

autres sont caractérisés par un cours n'offrant aucune gravité.

*Les faits que nous venons d'exposer nous autorisent à accorder un pronostic favorable aux débuts aigus.*

DURÉE DE LA FIÈVRE. — Dans 250 cas, il nous a été possible de déterminer la durée totale de la fièvre.

Dans 3 cas elle a duré 6 jours.

» 5 »	» 7 »
» 7 »	» 8 »
» 11 »	» 9 »
» 8 »	» 10 »
» 8 »	» 11 »
» 16 »	» 12 »
» 15 »	» 13 »
» 24 »	» 14 »
» 15 »	» 15 »
» 19 »	» 16 »
» 17 »	» 17 »
» 10 »	» 18 »
» 8 »	» 19 »
» 11 »	» 20 »
» 9 »	» 21 »
» 9 »	» 22 »
» 9 »	» 23 »
» 11 »	» 24 »
» 4 »	» 25 »
» 7 »	» 26 »
» 4 »	» 27 »
» 7 »	» 28 »
» 1 »	» 29 »
» 1 »	» 33 »
» 1 »	» 34 »

A reporter 240 cas.

Report 240 cas.

Dans 2 cas elle a duré 35 jours.

»	2	»	»	36	»
»	1	»	»	38	»
»	1	»	»	39	»
»	1	»	»	41	»
»	1	»	»	42	»
»	1	»	»	45	»
»	<u>1</u>	»	»	50	»

250 cas.

Prenons, suivant la règle, 21 jours comme moyenne de la durée de la fièvre; nous aurons sur ces 250 cas 177 cas (70,8 %) où la durée de la fièvre est au-dessous de la moyenne.

*La fièvre typhoïde infantile présente donc un caractère bien moins grave que la même maladie chez les adultes.*

Il est de plus intéressant de comparer la durée de la fièvre avec l'âge des enfants contaminés.

Le tableau suivant nous donne une moyenne des jours de fièvre pour chaque âge :

1 an	nous donne en moyenne	12,3	jours de fièvre.
2 ans	nous donnent	»	12,8
3	»	»	12,8
4	»	»	15,7
5	»	»	14,3
6	»	»	17,4
7	»	»	17,8
8	»	»	18,3
9	»	»	17,9
10	»	»	20,3
11	»	»	20,3

12 ans nous donnent en moyenne	18,7	jours de fièvre.
13	»	» 14,4 »
14	»	» 17,3 »
15	»	» 20,2 »

Il ressort du tableau ci-dessus que les moyennes exprimant la durée de la fièvre, par conséquent l'intensité de la maladie, suivent une progression ascendante jusqu'à l'âge de 10 ans, pour rester stationnaires pendant la dixième et la onzième année; la progression est descendante entre 12 et 13 ans, pour devenir définitivement ascendante.

INTENSITÉ DE LA FIÈVRE. — Pour avoir une idée un peu claire de l'intensité de la fièvre, nous avons pris les températures de l'acmé et nous les avons divisées en différentes catégories; en outre, dans chaque cas où cela était possible, nous avons noté la température maximale qui avait été observée.

	Matin	Soir
Dans 6 cas l'acmé a oscillé entre	38,0	et 38,5
» 44	»	» 38,5 » 39,0
» 66	»	» 39,0 » 39,5
» 131	»	» 39,5 » 40,0
» 18	»	» 40,0 » 40,5
<u>265 cas.</u>		

Les températures entre 39,5 et 40,0 prédominent de beaucoup chez nos malades; quant à celles au-dessus de 40,0, elles sont relativement rares.

Quant à l'intensité de la fièvre selon l'âge, le tableau suivant nous en donne un aperçu :

Age	38,0-38,5	38,5-39,0	39,0-39,5	39,5-40,0	40,0-40,5
1 an	—	33,3 %	—	66,6 %	—
2 ans	—	50,0	37,5 %	12,5	—
3 »	14,2 %	28,5	57,1	—	—
4 »	10,0	25,0	10,0	55,0	—
5 »	5,8	35,2	17,6	35,2	5,8 %
6 »	5,5	—	50,0	44,4	—
7 »	—	20,8	20,8	54,1	4,1
8 »	2,9	8,8	29,4	55,8	2,9
9 »	4,3	8,6	21,7	56,5	8,6
10 »	—	3,7	18,5	66,6	11,1
11 »	—	6,8	24,4	51,7	17,2
12 »	—	11,5	26,9	53,8	7,6
13 »	—	17,6	35,2	41,1	5,8
14 »	—	16,6	33,3	50,0	—
15 »	—	—	—	100,0	—

Nous constatons qu'il est pour ainsi dire impossible de formuler une règle sur l'intensité de la fièvre dans les différents âges chez les enfants atteints de fièvre typhoïde. Les plus basses températures sont de 3 à 9 ans inclusivement. Les températures les plus élevées (40,0 à 40,5), de 5 à 13 ans. Quant aux températures de 38,5 à 39,0, nous voyons que c'est jusqu'à l'âge de 7 ans qu'elles sont le plus fortement représentées; celles de 39,0 à 39,5 à l'âge de 3 et de 6 ans; celles de 39,5 à 40,0 sont réparties également à tous les âges. Encore une fois, nous ne prétendons tirer aucune conclusion de ces chiffres. Il faudrait un nombre encore beaucoup plus considérable de cas pour arriver à établir une règle exacte.

Le tableau suivant nous donne les températures maximales qui ont été atteintes dans chaque cas en particulier :

Temp. maxim.	Nombre de cas.
38,7	2
38,8	1
39,0	3
39,1	7
39,2	9
39,3	5
39,4	5
39,5	7
39,6	11
39,7	11
39,8	8
39,9	5
40,0	35
40,1	16
40,2	36
40,3	25
40,4	21
40,5	21
40,6	12
40,7	8
40,8	6
40,9	4
41,0	3
41,1	<u>1</u>
	262 cas.

On remarque ainsi que, dans nos cas, les températures au-dessus de 40,9 sont très rares, puisqu'elles ne se montrent que chez quatre de nos malades. Les températures maximales de 40,0 à 40,5 s'observent le plus fréquemment.

Quelques mots encore sur la manière dont les mensurations sont effectuées à l'Hôpital des enfants de Bâle. Pendant la journée, les températures sont prises

toutes les deux heures, pendant la nuit toutes les trois heures, cela tant que le malade offre la moindre trace de fièvre. Le thermomètre n'est placé dans l'anus que chez les enfants en bas âge et chez les délirants qui ne le conservent pas sous l'aisselle.

Au chapitre « Fièvre » nous faisons suivre les observations faites sur les cas présentant un cours particulier; comme les cas abortifs et les cas suivis de récidives.

### Forme abortive.

D'après Liebermeister <sup>1</sup>, une fièvre typhoïde abortive comprend les cas où tous les symptômes de la maladie sont présents, et en outre, ceux où celle-ci débute de la même manière que si elle devait offrir une certaine gravité. Certaines périodes de la fièvre, surtout la *continue*, sont réduites dans ces cas à une très courte durée. Souvent alors la maladie commence subitement, sans symptômes prodromaux, de telle façon que déjà au deuxième ou troisième jour la température atteint 40°.

Nous avons observé 13 cas abortifs chez lesquels la durée totale de la maladie n'a pas dépassé 10 jours, et où la chute de la fièvre s'est faite d'une manière très rapide. A côté de cela nous avons toujours eu la présence des autres symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde : roséole, tuméfaction de la rate, etc. Dans 6 de ces cas la fièvre s'est montrée subitement, avec frisson initial, et sans symptômes prodromaux.

Les cas douteux ont été soigneusement mis de côté.

1 Loc. cit.

### Récidives.

Chez nos 295 malades nous avons eu 29 récidives; un de ces 29 cas a présenté 3 récidives, deux autres deux.

Dans ce nombre, 20 appartiennent au sexe féminin, et 9 seulement au sexe masculin; *donc, forte prédominance des récidives chez le sexe féminin.*

Aucun de ces cas n'a eu une issue fatale.

D'après Gerhardt <sup>1</sup>, les récidives de l'ileotyphus seraient beaucoup plus rares chez les enfants que chez les adultes.

Liebermeister <sup>2</sup>, sur 1,743 cas de fièvre typhoïde observés chez des adultes à l'Hôpital bourgeois de Bâle, aurait constaté 150 récidives (8,6 %). Une statistique de Gerhardt <sup>3</sup> embrassant 4,434 cas donne 280 récidives (6,3 %), ceci pour les adultes.

Le nombre des récidives, suivant Rillet et Barthez <sup>4</sup>, aurait été de 3 sur 111 cas (2,7 %), et sur 83 cas observés par Friedrich <sup>5</sup>, il se serait produit une seule récidive (1,2 %). Henoeh <sup>6</sup> a un nombre de récidives plus élevé; car, sur 97 cas d'ileotyphus, il a remarqué 16 récidives (16,4 %), nombre dépassant du double celui de la statistique de Liebermeister <sup>7</sup>.

1 Loc. cit.

2 Loc. cit.

3 Loc. cit.

4 Loc. cit.

5 Loc. cit.

6 Loc. cit.

7 Loc. cit.

Nos observations viennent à l'appui de celles de Henoch <sup>1</sup>, puisque nous avons sur 295 cas 29 récidives (9,8 %).

Les observations de Henoch et les nôtres faites chez les enfants, comparées à celles de Liebermeister et de Gerhardt chez les adultes, *nous donnent une plus grande fréquence dans l'enfance.*

Quelques auteurs ont prétendu que, depuis le traitement à l'eau froide, les récidives, tant chez les enfants que chez les adultes seraient plus fréquentes. Liebermeister réfute victorieusement cette opinion pour la fièvre typhoïde des adultes. Henoch, de son côté, pense que l'eau froide employée avec prudence n'a pas grande influence sur la production des récidives chez les enfants. En effet, sur les 16 cas qu'il a observés, et qui étaient accompagnés de récidives, 4 n'ont pas subi le traitement à l'eau froide, et précisément dans l'un de ces cas la récidive fut très violente. Dans 4 autres cas, cette méthode de traitement fut si peu employée, (1 à 2 bains dans chaque cas), qu'elle n'entre pour ainsi dire pas en ligne de compte.

Il en resterait 8 autres, pour lesquels, il est vrai, les bains furent employés, et sur une assez grande échelle.

Il ne nous est malheureusement pas possible de nous prononcer en faveur de l'une ou de l'autre de ces opinions, car sur nos 29 malades atteints de récidives, tous sauf 4 ont été traités par l'eau froide. Nous n'avons pas à notre disposition un matériel d'observations assez considérable sur l'époque qui a précédé le traitement à l'eau froide, pour pouvoir

1 Loc. cit.

établir au point de vue de la fréquence des récidives, une comparaison entre ces deux modes de traitement.

Il est assez difficile de faire la part des fautes de diète comme causes des récidives. Cependant, il est probable que malgré la surveillance la plus active, des aliments de différente nature ont été apportés à nos convalescents par des parents ignorants et au cœur trop tendre. Ce fait s'est produit et se produira malheureusement encore dans bien des hôpitaux, vu la difficulté qu'il y a de surveiller tout le monde. Dans plusieurs cas, les récidives se sont produites le soir ou le lendemain des jours de visites; il est plus rationnel de penser que celles-ci sont arrivées à la suite d'ingestion d'aliments solides, plutôt qu'à la suite de l'effet moral et de l'excitation causée par la présence des parents et par le va et vient continuel dans les salles. Nous irions trop loin en voulant nier cette dernière cause, et nous avons observé non-seulement chez des convalescents de fièvre typhoïde, mais aussi chez d'autres malades, que le mercredi et le dimanche, jours de visite, la plupart des températures du soir étaient généralement plus élevées que le soir précédent.

Le tableau suivant nous donne un aperçu de l'âge des malades atteints de récidives.

2 ans	1 cas.
4 »	2 »
5 »	2 »
7 »	4 »
8 »	5 »
9 »	<u>3 »</u>
A reporter	17 cas.

	Report	17 cas.
10 ans	3	»
11 »	3	»
12 »	1	»
13 »	4	»
14 »	<u>1</u>	»
		29 cas.

Nous avons une augmentation de récurrences jusqu'à 8 ans, âge où le maximum est atteint, puis le nombre des cas diminue, sauf pour l'âge de 13 ans, où une nouvelle progression se fait sentir.

L'intervalle afébrile entre la maladie proprement dite et la récurrence a beaucoup varié dans nos différents cas. Chez deux malades, il ne nous a pas été possible de déterminer cet intervalle; l'un de ceux-ci est celui où une triple récurrence s'est produite.

Cet intervalle a été :

de	3 jours	dans	5 cas.
»	4	»	5
»	5	»	1
»	6	»	1
»	7	»	2
»	8	»	1
»	9	»	2
»	11	»	2
»	12	»	1
»	14	»	2
»	18	»	3
»	25	»	<u>2</u>
			27 cas.

Chez l'un des deux malades atteints de double récurrence, l'intervalle entre la première et la deuxième a été de 5 jours, chez l'autre de 9 jours.

Quant à la durée des récidives, les tableaux suivants nous l'exposent. (Nous omettons deux cas, faute de données suffisantes.)

Maladie primit.	Récidive I	Récidive II	Récidive III
19 jours	23 jours	—	—
12 »	9 »	—	—
9 »	9 »	—	—
25 »	7 »	—	—
22 »	7 »	—	—
10 »	10 »	—	—
26 »	3 »	—	—
20 »	14 »	10 jours	—
17 »	5 »	—	—
15 »	6 »	—	—
14 »	8 »	—	—
21 »	20 »	—	—
14 »	3 »	—	—
36 »	5 »	—	—
15 »	4 »	—	—
12 »	5 »	—	—
21 »	5 »	—	—
19 »	6 »	—	—
19 »	22 »	—	—
26 »	5 »	—	—
12 »	9 »	—	—
23 »	8 »	—	—
13 »	16 »	—	—
7 »	21 »	28 jours	—
16 »	9 »	—	—
23 »	15 »	5 jours	4 jours
14 »	6 »	—	—

La durée des récidives a donc été :

De 3 jours dans 2 cas.		
» 4	»	1 »
» 5	»	5 »
» 6	»	3 »
» 7	»	2 »
» 8	»	2 »
» 9	»	4 »
» 10	»	1 »
» 14	»	1 »
» 15	»	1 »
» 16	»	1 »
» 20	»	1 »
» 21	»	1 »
» 22	»	1 »
» 23	»	1 »

Dans 4 cas, la récidive a duré plus longtemps que la maladie. Dans un des cas de double récidive, la maladie méritait à peine le nom de fièvre typhoïde; les deux récidives qui suivirent, furent si violentes, qu'on crut plusieurs fois à une issue fatale. Deux cas nous donnent une récidive d'aussi longue durée que la maladie elle-même. Enfin, dans le reste des cas, la maladie primitive a toujours été plus longue que la récidive, et cela dans des rapports très différents.

En général, les récidives ont été, au point de vue des symptômes, plus ou moins une répétition de la maladie initiale. Dans la plupart des cas, on pouvait apprécier la tuméfaction de la rate; une nouvelle roséole a fait le plus souvent défaut; la diarrhée n'a pas non plus toujours été présentée. Dans plusieurs cas, la constipation a été observée.

### Symptômes nerveux.

C'est un fait acquis que les symptômes cérébraux sont plus rares et moins intenses chez les enfants atteints de fièvre typhoïde, que chez les adultes.

Parmi les différents symptômes, nous avons les maux de tête, qui s'observent rarement chez les jeunes enfants; plus tard ils font moins souvent défaut.

Tous les auteurs accordent une place prédominante à la somnolence et à l'apathie. Bierbaum<sup>1</sup> déclare que la somnolence est un symptôme constant, qui se remarque aussi bien chez les jeunes enfants que chez ceux d'un certain âge. Suivant Rillet et Barthez<sup>2</sup>, le délire est souvent remplacé par de la somnolence, le *coma* est rarement aussi accentué que chez les adultes. Dans les cas graves il peut cependant se produire un délire plus ou moins fort. Certaines formes de délire, amenant à leur suite des illusions d'optique et des hallucinations, s'observent très rarement.

Henoch<sup>3</sup> divise les troubles nerveux produits par l'ileotyphus chez les enfants, en trois catégories : 1<sup>o</sup> Les cas ne présentant pas de symptômes nerveux, ou à peine qualifiables de ce nom. 2<sup>o</sup> Ceux où, malgré une haute température constante, les symptômes nerveux ne dépassent pas une certaine intensité. Ils se caractérisent par de violents maux de tête, de l'apathie, de la somnolence. De légers délires peuvent se produire pendant la nuit, sans que le sensorium

1 Loc. cit.

2 Loc. cit.

3 Loc. cit.

soit pour cela affecté pendant la journée. Dans cette catégorie rentre la majeure partie des cas. 3<sup>o</sup> Les cas où nous observons le *status typhosus* : sensorium complètement pris, trémor des extrémités de la tête et de la langue, regards fixes, violents délires pendant la nuit, etc.

Classons maintenant nos malades d'après les catégories données par Hensch. Remarquons auparavant que, à l'exception de tout jeunes enfants, nous avons presque toujours eu de la céphalalgie : que, le salicylate de soude occasionnant parfois du délire, nous avons autant que possible tenu compte de ce fait et éliminé les cas où le délire semblait provenir de ce médicament.

Trente de nos cas ont eu un cours dans lequel les symptômes nerveux ne sont pour ainsi dire pas entrés en ligne de compte ; ils appartiendraient donc à la première catégorie de Hensch. C'était surtout des cas légers ; il s'en trouve aussi quelques-uns cependant, où les températures du soir s'élevaient au-dessus de 40,0°, sans que l'état psychique en ait été le moins du monde influencé.

Dans 221 cas, nous avons eu de l'apathie et de la somnolence à des degrés plus ou moins forts, et même souvent de légers délires nocturnes. Chez ces derniers malades, l'intensité de la maladie a été très différente ; nous en avons même remarqués qui eurent une issue léthale, et chez lesquels l'état psychique n'avait été troublé que par une forte dépression, accompagnée de temps en temps de légers délires. Nous rangeons ces cas dans la deuxième catégorie de Hensch.

Enfin, il nous resterait 44 cas pour la troisième catégorie, caractérisés par de violents délires se pro-

duisant aussi de jour, et parfois par des états comateux profonds ; nous avons observé à plusieurs reprises une image complète du *status typhosus*, comme chez les adolescents.

Pour terminer, quelques observations sur différents cas isolés :

À plusieurs reprises, on a remarqué de la surdité ; et même dans un cas surtout, elle était telle qu'au dire du malade il n'entendait pas même sa propre voix.

Ces cas de surdité dépendaient de différentes causes : du traitement au salicylate de soude ou à la quinine, surdité qui disparaissait lorsqu'on supprimait le médicament ; de la fièvre, lorsqu'elle était très intense, et enfin d'inflammation de l'oreille moyenne.

Nous n'avons pas constaté d'aphasie, ni pendant la maladie, ni dans la convalescence.

Dans 4 cas (1 enfant de 1 an, 2 de 2 ans et 1 de 5 ans), nous avons eu de forts accès de pleurs et de cris se répétant souvent pendant la nuit.

Dans deux cas (enfants en bas âge), qui étaient très violents et qui eurent une issue fatale, des convulsions ont été observées. Chez l'un, il n'y eut qu'une seule convulsion dans les premiers jours de la maladie ; chez l'autre elles se produisirent à plusieurs reprises vers le dixième jour de l'affection.

Dans 7 cas, le délire se traduisit par des hallucinations, dans lesquelles les malades croyaient voir différents animaux, souris, insectes, etc. Ces malades, à l'exception de deux, avaient été traités au salicylate de soude ; nous faisons à leur égard la même restriction que plus haut quant au médicament.

Enfin 4 cas nous présentèrent des accès de *mélan-*

*colie*, disposition d'esprit qui disparut, dans deux cas, une fois la température devenue afébrile, dans les deux autres, pendant la convalescence.

### Symptômes de l'appareil digestif.

Dans ce chapitre nous ne nous occuperons que des symptômes habituels à l'ileotyphus, laissant pour plus tard les complications dont ces organes peuvent être atteints.

Les vomissements sont beaucoup plus fréquents chez les enfants que chez les adultes. Tous les auteurs sont d'accord sur ce fait, qui n'a du reste rien de bien surprenant, le vomissement étant un symptôme des plus fréquents chez les enfants, surtout dans leurs affections fébriles.

Nous les avons constatés dans 101 cas, soit après l'ingestion de nourriture, soit spontanément (naturellement les vomissements qui ont suivi l'absorption de médicaments, n'entrent pas ici en ligne de compte). Ces vomissements ont été tantôt fréquents, tantôt réduits à quelques-uns. Dans 5 cas nous avons eu des vomissements si abondants, qu'ils affaiblirent les malades d'une manière inquiétante.

Les vomissements se produisirent dans 88 cas, les premiers jours de la maladie : dans 13 cas ils durèrent pendant toute l'affection avec une fréquence plus ou moins grande.

Dans un tiers de nos cas, nous avons constaté des vomissements. Taupin<sup>1</sup> accuse la même proportion,

1 Loc. cit.

tandis que Barrier <sup>1</sup> et Rillet et Barthez <sup>2</sup> en ont chez la moitié de leurs malades. Henoeh <sup>3</sup> a 12 cas de vomissements sur 97 malades.

La plupart des malades chez lesquels Barrier et Rillet et Barthez constatèrent des vomissements, étaient des cas graves. Gerhardt <sup>4</sup> reconnaît du reste que des vomissements répétés peuvent être souvent le signe de la gravité du cas, lorsqu'ils se produisent dans les premiers jours de la maladie.

Loin de nous l'idée de vouloir nier la valeur pronostique de ce symptôme: cependant nos observations nous engagent à être très-réservés sur ce point, car 51 de nos malades où des vomissements se produisirent, ont montré une durée de fièvre oscillant entre 7 et 20 jours. Ces cas ne sont donc pas des plus graves, du moins quant à la durée. Les autres malades chez lesquels se produisirent des vomissements, ont tous eu l'affection d'une certaine gravité; quatre ont eu des récidives et huit sont morts.

*Ces chiffres nous prouvent que chez la moitié des malades atteints de vomissements, la maladie a présenté un cours relativement bénin, tandis que l'autre moitié a été caractérisée par une gravité plus ou moins considérable de la maladie.*

Sur 291 cas, nous en avons eu 111 accompagnés de *diarrhée* qui dura pendant toute la maladie. La constipation initiale durant quelques jours pour faire place ensuite à de la diarrhée, a été observée dans 85 cas;

1 Traité pratique des maladies de l'enfance. Paris 1845. II.

2 Loc. cit.

3 Loc. cit.

4 Loc. cit.

dans 33 autres, le cours de la maladie a été caractérisé par des selles très irrégulières, tantôt diarrhée, tantôt constipation, tantôt selles normales; de même dans 33 cas, une constipation opiniâtre s'est manifestée pendant toute la durée de la maladie. Enfin dans 29 cas, les selles ont été normales.

La diarrhée a été très forte dans 32 cas; elle s'élevait environ jusqu'à douze selles par jour. Dans 55 cas, elle était légère, car nous n'avions journallement que deux à trois selles. Dans le reste des cas, son intensité a été moyenne.

Une diarrhée se produisant dès le début de la maladie et s'étendant à toute sa durée, s'est manifestée, d'après Gerhardt,<sup>1</sup> dans les trois quarts de ses cas. Rillet et Barthez<sup>2</sup> et Friedrich<sup>3</sup> sont d'accord avec ce dernier. Dans l'autre quart de leurs cas, Rillet et Barthez ont observé de la constipation; Friedrich n'en trouva que dans un huitième de ses observations.

Les troubles de l'appareil digestif, chez 81 malades suivis par Henoch,<sup>4</sup> se sont manifestés comme suit : 57 cas de diarrhée, précédée dans la règle de constipation, 10 cas de constipation opiniâtre et 14 cas de selles normales.

D'après nos observations, notre pour cent de diarrhée accuse un chiffre moins haut que celui des auteurs précités. L'addition des cas de diarrhée pendant tout le temps de la maladie et de ceux de diarrhée précédée de constipation, nous donne 67,3 % (196 cas sur 291).

1 Loc. cit.

2 Loc. cit.

3 Loc. cit.

4 Loc. cit.

Gerhardt<sup>1</sup> ainsi que Rillet et Barthez<sup>2</sup> et Friedrich,<sup>3</sup> accusent le 75 0/0, Henoch<sup>4</sup> le 70,3 0/0.

En tenant compte des 33 cas où la diarrhée a alterné avec de la constipation, nous trouverions à peu près les mêmes résultats que les auteurs susnommés.

Nous avons observé des coliques dans 70 cas; l'emploi des narcotiques a été rarement nécessaire, car leur intensité n'a jamais été bien forte.

Henoch se montre assez sceptique au sujet de ces symptômes, et n'en a observé que dans 8 cas sur 97. Par contre, chez Rillet et Barthez,<sup>5</sup> le nombre en a été beaucoup plus considérable.

Un météorisme d'intensité moyenne peut être regardé, d'après Gerhardt,<sup>6</sup> comme la règle générale dans l'ileotyphus de l'enfance; un degré vraiment fort n'a jamais été constaté par cet auteur.

157 de nos cas ont présenté un léger météorisme. 24 cas seulement d'une façon assez accentuée, et jamais l'action du diaphragme n'a été entravée.

La sensibilité abdominale est une question très difficile à élucider chez les enfants, vu la difficulté d'avoir des réponses un peu exactes. Malgré cela, nous tenons à rendre compte de nos observations :

Dans 78 cas, la sensibilité était localisée à la région ileo-cœcale; dans 5 cas, aux deux fosses iliaques; dans 13, aux environs de l'ombilic; enfin dans 22 cas, à tout l'abdomen.

1 Loc. cit.

2 Loc. cit.

3 Loc. cit.

4 Loc. cit.

5 Loc. cit.

6 Loc. cit.

Les données de nos petits patients sont citées sous toute réserve.

Nous avons constaté dans 71 cas du *gargouillement ileo-cæcal*; ce symptôme n'a du reste pas grand intérêt, puisqu'il se retrouve dans d'autres affections abdominales.

### Symptômes des organes respiratoires.

La *bronchite* qui est, comme on le sait, un symptôme très fréquent de la fièvre typhoïde, a été diagnostiquée dans 166 cas, c'est-à-dire chez plus de la moitié de nos patients; son intensité a été très différente dans les divers cas; cependant c'est la forme légère qui a été de beaucoup la plus fréquente.

Henoch<sup>1</sup> a constaté une bronchite dans 56 cas sur 97; sa proportion est donc à peu près la même que la nôtre.

Les autres maladies du système respiratoire seront décrites plus loin, dans un chapitre consacré aux complications.

### Rate.

L'augmentation de la rate a été démontrée, soit par la percussion, soit par la palpation, dans 249 de nos cas.

Rillet et Barthez<sup>2</sup> n'ont constaté la tuméfaction de la rate que chez 18 patients sur 61; une seconde sé-

1 Loc. cit.

2 Loc. cit.

rie de 44 malades n'a offert ce symptôme que dans 18 cas. La plupart des auteurs (Friedrich, <sup>1</sup> Löschner, <sup>2</sup> Friedleben, <sup>3</sup> Henoch <sup>4</sup>) voient dans l'augmentation de cet organe une apparition fréquente, le dernier surtout, qui sur 61 cas en trouve 54 où l'augmentation de cet organe a pu être démontrée; il va même plus loin, et admet que ce symptôme a chez les enfants la même valeur et la même portée diagnostique que chez les adultes.

### Roséole.

Un peu plus de la moitié de nos malades (157 sur 295) ont présenté de la *roséole*.

La proportion des cas où la roséole a été constatée est passablement plus forte chez Henoch, <sup>5</sup> qui n'accuse que 6 cas sur 97 où cette éruption fait défaut; il remarque du reste que, vu la courte durée de sa présence, elle peut facilement échapper à la vue.

Chez beaucoup de nos malades, ceci a été probablement le cas.

Rillet et Barthez <sup>6</sup> constatent que ce n'est que dans le quart de leurs cas que la roséole fait défaut. Bouchut <sup>7</sup> considère l'éruption de roséole comme beaucoup plus rare chez les enfants que chez les adultes.

1 Loc. cit.

2 Loc. cit.

3 Loc. cit.

4 Loc. cit.

5 Loc. cit.

6 Loc. cit.

7 Traité pratique des maladies des enfants, 5<sup>me</sup> édit. Paris 1867.

### Complications.

#### ORGANES DE LA DIGESTION.

Les *hémorragies intestinales* se sont présentées chez nous dans 14 cas, soit 4,7 %.

Tous les auteurs sont d'accord sur la rareté de ce fait chez les enfants, témoins Rillet et Barthez<sup>1</sup>, qui n'en ont jamais constaté; Henoeh<sup>2</sup> en observa chez 4 sur 97 de ses malades (4,1 %), Taupin<sup>3</sup> une seule fois chez un garçon de 14 ans, et Barrier,<sup>4</sup> sur 200 cas, une seule fois aussi. Seul Hillier en constata 4 fois sur 30 malades; cet auteur est le seul chez lequel on trouve une si grande fréquence d'hémorragies intestinales, fréquence qui est due sans doute à un jeu du hasard.

Nos 14 malades chez lesquels des hémorragies intestinales se produisirent se divisent, quant à l'âge, de la manière suivante :

3 ans	1 malade.
4 »	2 »
5 »	1 »
6 »	1 »
9 »	1 »
10 »	2 »
12 »	2 »
13 »	1 »
14 »	2 »
15 »	1 »
	<hr/>
	14 malades.

1 Loc. cit.

2 Loc. cit.

3 Loc. cit.

4 Loc. cit.

Presque tous les âges sont représentés dans le tableau ci-dessus; cependant une légère prépondérance se fait sentir depuis l'âge de 11 ans.

De ces 14 cas, nous en avons 4 où l'hémorragie fut si violente qu'elle produisit la mort; ces patients étaient âgés de 4, 6, 12 et 15 ans. Dans 3 autres cas, nous avons eu des selles de sang abondantes, qui amenèrent un fort collapsus, sans cependant amener une issue fatale. Dans le reste de nos cas, l'hémorragie intestinale s'est bornée à une ou plusieurs selles de sang peu considérables.

L'apparition de ces selles a eu lieu :

Dans 4 cas au 8<sup>me</sup> jour de la maladie.

» 2	» 10 <sup>me</sup>	»	»
» 2	» 13 <sup>me</sup>	»	»
» 2	» 14 <sup>me</sup>	»	»
» 2	» 15 <sup>me</sup>	»	»
» 1	» 19 <sup>me</sup>	»	»

Dans 1 cas, les hémorragies ont fait leur apparition pendant la convalescence, alors que le malade avait été à peu près 10 jours sans fièvre.

Des *perforations d'intestin* par suite d'ulcérations profondes se sont manifestées chez 7 de nos malades (2,3%). 4 sont morts, 3 autres se sont complètement rétablis.

Nous avons déjà vu plus haut que les perforations de l'intestin sont choses très rares chez les enfants. Henoch,<sup>1</sup> ainsi que Rillet et Barthez,<sup>2</sup> n'en citent chacun qu'un seul cas. Taupin<sup>3</sup> en trouva dans 2 cas

1 Loc. cit.

2 Loc. cit.

3 Loc. cit.

et Hillier, sur 232 malades, n'en vit se produire qu'une seule fois. Pfyffner, <sup>1</sup> qui relate 33 autopsies d'enfants morts de fièvre typhoïde au « Franz-Joseph Kinder-spital, » à Prague, n'a pas une seule perforation.

*Nos résultats sont donc absolument opposés à tout ce qui a été publié jusqu'à présent.*

Les âges de nos malades se répartissent comme suit : 4 ans, 5 ans, 8 ans (2 cas), 10 ans et 11 ans (2 cas) ; les malades qui guérirent avaient 8, 10 et 11 ans.

La perforation, chez les cas mortels, s'est produite au 13<sup>me</sup>, 14<sup>me</sup> et 32<sup>me</sup> jour de la maladie. Dans le quatrième de ces cas, vu le manque de données anamnestiques, il ne nous a pas été possible de déterminer le temps qui sépara l'entrée de la perforation du commencement de la maladie.

Etudions maintenant d'un peu plus près les trois cas où la guérison s'est produite malgré perforation.

Dans le premier de ces cas, il s'agit d'une jeune fille de 10 ans qui entre à l'Hôpital le 24 juillet 1877. Depuis quatre jours elle est peu bien, a des maux de tête, de la fatigue dans les membres, de l'anorexie et de la fièvre ; elle est constipée depuis 2 à 3 jours. A l'entrée, la malade présente une fièvre d'intensité moyenne, le pouls est accéléré mais bon. Les poumons accusent une légère bronchite. Léger météorisme de l'abdomen, une tache de roséole visible. Tuméfaction de la rate. Jusqu'au 4 août, rien de particulier dans le cours de la maladie. A cette date, il se produit des vomissements et des douleurs violentes dans tout l'abdomen, qui est passablement ballonné et très sensible à la pression. *Ordination.* — Glace, opium. — Le jour

1 Loc. cit.

suivant, le météorisme a augmenté, la matité du foie a diminué, la malade vomit tout ce qu'on lui présente, le pouls est filiforme, la fièvre est toujours présente ainsi que la constipation. Le 6 août plus de fièvre: sauf cela, l'état précédent reste le même. Le 7 août, la région ileo-cœcale offre une certaine matité. Les vomissements continuent jusqu'au 9; toujours pas de selles; la fièvre reste absente. Le 9 août, les vomissements cessent, l'abdomen reste toujours très sensible. Les selles réapparaissent spontanément le 11: le 12 les douleurs ont diminué, lente amélioration, et le 20 tout symptôme de péritonite a disparu.

Le second cas s'est produit chez une fillette de 8 ans, entrée à l'Hôpital le 16 juillet 1881. Elle tomba malade six jours auparavant en offrant les symptômes suivants: fièvre, maux de tête, anoréxie, constipation.

A l'entrée, l'abdomen est légèrement ballonné, nulle part sensible. Pas de roséole. Rate tuméfiée. Le 17, apparition de la roséole. Jusqu'au 27, fièvre d'intensité moyenne, pas de symptômes déviant du cours normal de la maladie: ce jour-là, l'affection semble être terminée et la convalescence commencer. Le 2 août au matin, fortes douleurs dans les environs de l'ombilic, pas de météorisme, selles normales, palpation de l'abdomen point douloureuse. Dans le courant de la journée, les douleurs augmentent et il se produit du météorisme, la matité du foie n'atteint plus le bord inférieur des côtes. L'abdomen est très sensible dans la région ombilicale. *Ordination.* — Glace, opium. — Le soir survient une selle solide accompagnée de violentes douleurs; pendant la nuit suivante de nouvelles selles solides contenant un peu de sang.

Le 3 août, frisson de 10 minutes, fièvre toujours assez élevée, le météorisme a augmenté, pas de selles. Pas de changements les jours suivants; la malade est très faible, le pouls est filiforme, la fièvre continue. Le 6, la fièvre est tombée; très fort météorisme et forte sensibilité de la région ileo-cœcale et ombilicale, coliques répétées, pas de vomissements. Le 9 août, les douleurs ont disparu, l'abdomen est toujours fortement ballonné. Le 11, selle spontanée: depuis lors, le mieux s'accroît jusqu'à guérison complète.

Le troisième cas comporte un malade de 41 ans, qui entre à l'Hôpital le 11 mars 1882. Il y a quinze jours que la maladie se déclara chez lui, d'abord simplement sous forme d'abattement et d'anorexie. Depuis 8 jours, fièvre très accentuée: depuis 5 jours, constipation jusqu'à l'entrée, où le malade a eu une selle de sang très forte alors qu'il était encore à la maison. Le malade entre à l'Hôpital dans un état de collapsus complet et avec un aspect moribond. Pouls excessivement faible, abdomen enfoncé, température au-dessous de 36°. Dans le courant de la journée, le patient a trois selles sanguinolentes et de forts vomissements: la nuit suivante, de nouveau trois selles contenant du sang. *Ordonnation.* — Glace, injection sous-cutanée d'ergotine. Le 12 mars, le malade n'est plus aussi pâle, pas de selles, les vomissements continuent. Le 13, de nouveau selles sanglantes, les vomissements ont cessé, fièvre légère. Le 15, l'état général s'est un peu amélioré, il n'y a pas eu de selles depuis le 13, la fièvre continue, forte sensibilité de la région ombilicale. Le 18 mars, une selle spontanée ne contenant pas de sang, abdomen toujours très sensible, surtout dans la région ombilicale; météorisme assez accentué; la

température est afébrile. Le 20 mars, de nouveau fièvre légère; on découvre au-dessous de l'ombilic une tumeur à fluctuation sensible de la grosseur d'un œuf de poule et qui est, ainsi que la région avoisinante, très douloureuse à la palpation. Le 25 mars, la tumeur a un peu augmenté de volume; le 5 avril elle est incisée, il s'en écoule à peu près 200 cm.<sup>3</sup> de pus épais. Depuis lors, la convalescence suit un cours normal.

De ces trois cas, le premier est celui qui offre le plus clairement les symptômes d'une perforation suivie de péritonite. Le second, tout en ne présentant pas un tableau aussi complet de cette complication, absence de vomissements, doit cependant être rangé dans la même catégorie, eu égard à la persistance des autres symptômes péritonitiques: météorisme et surtout forte sensibilité abdominale. Quant au troisième cas, on l'aurait probablement ignoré sans l'abcès qui se forma dans la suite et qui provenait très probablement d'une péritonite localisée.

Une inflammation de la *parotide* avec suppuration ne s'est produite que dans un seul de nos cas.

Dans trois autres, nous avons eu des *stomatites aphtheuses* et dans un cas une stomatite mercurielle chez un patient traité au calomel.

#### ORGANES DE LA RESPIRATION.

De fortes *angines catarrhales*, la plupart du temps accompagnées de *pharyngites*, ont été observées dans 40 cas.

Des *laryngites catarrhales*, avec enrouement plus ou moins persistant et plus ou moins prononcé, se sont manifestées chez 7 malades, cependant sans donner

l'idée d'une affection plus grave du larynx : une seule fois, pourtant, l'autopsie a révélé des *ulcères du larynx*.

Cette dernière affection est très rare chez les enfants. Hensch <sup>1</sup> cite deux observations de ce genre : dans l'un, il ne s'agissait que d'un engorgement de la muqueuse avec épaissement inflammatoire du péri-chondre ; dans l'autre se trouvait un véritable ulcère aux vraies cordes vocales. Rillet et Barthez <sup>2</sup> ne relatent qu'une observation semblable, tandis que Löschner, <sup>3</sup> Friedleben, <sup>4</sup> Friedrich <sup>5</sup> n'en citent aucun.

Onze de nos malades ont acquis à l'Hôpital par infection, dans le cours de leur maladie ou de leur convalescence, des *angines* ou *laryngites diphthéritiques* : plusieurs de ces cas furent suivis de mort.

Le local affecté au traitement des enfants atteints de diphthérie est situé au 3<sup>me</sup> étage de l'Hôpital : sur le même palier, il n'y a aucun autre malade : malgré cela, il s'est produit, comme nous venons de le voir, plusieurs cas d'infection : dans l'année 1881, ces contagions se multiplièrent d'une façon anormale, et nos 11 cas de fièvre typhoïde précités se trouvent accumulés dans cette même année. Remarquons que l'année 1881 a été caractérisée à Bâle, au point de vue médical, par une forte épidémie de diphthérie : il n'est donc pas impossible que les parents des enfants, lors de leur visite, aient apporté du dehors le contagium

1 Loc. cit.

2 Loc. cit.

3 Loc. cit.

4 Loc. cit.

5 Loc. cit.

diphthéritique. (Pour de plus amples détails, voyez *Jahresbericht des Kindesspitals in Basel über 1881.*)

Dans 24 cas, nous avons eu des *saignements de nez* plus ou moins forts, cependant jamais assez pour faire craindre une issue fatale par hémorragie. Parrot<sup>1</sup> considère cette complication comme rare. Rehn<sup>2</sup> l'a souvent observée; il fait remarquer que dans plusieurs cas elle pourrait être mise à l'actif du traitement au salicylate de soude.

La maladie fut compliquée de *pneumonie croupieuse* dans 28 cas, de *pneumonie catarrhale* dans 14 cas; deux de ces derniers dégénérent en phthisie. 8 cas ont présenté des symptômes de *pneumonie hypostatique*.

Six de nos malades furent atteints de *pleurésie* et deux d'*empyème*. Dans deux cas, qui furent naturellement mortels, se produisit de la *gangrène pulmonaire* suivie de perforation et de *pyopneumothorax*; dans l'un d'eux, le pus se fraya un passage à travers la plèvre costale et les muscles intercostaux, de manière à former un vaste phlegmon sous-cutané du dos et des parois abdominales.

L'autopsie a révélé dans 6 cas de l'*œdème pulmonaire*.

#### ORGANES DE LA CIRCULATION.

Deux de nos malades furent atteints d'*endocardite* légère, n'ayant laissé après guérison aucun trouble fonctionnel; un autre cas fut compliqué de *péricardite*,

1 Loc. cit.

2 Loc. cit.

celui-ci fut suivi de mort. Citons le cas très intéressant d'une jeune fille de huit ans, chez laquelle, au vingt-quatrième jour d'une violente fièvre typhoïde, une *embolie de l'artère brachiale gauche* se déclara, caractérisée au commencement par d'assez fortes douleurs du bras gauche, par l'absence complète du pouls radial, par l'engourdissement du bras et la rigidité de la main. Cet état dura tout un mois; ce n'est qu'au bout de ce temps que la circulation collatérale fut assez rétablie pour que le bras pût reprendre peu à peu ses fonctions normales. Le cœur ne présentait à l'auscultation pas trace d'altération de la mitrale, et, pour s'expliquer la provenance de l'embolus, on pourrait, nous semble-t-il, invoquer la formation d'une thrombose par marasme dans le ventricule gauche, la maladie ayant été longue et grave.

Notons encore deux cas de *diathèse hémorragique* qui, à proprement parler, ne furent pas des complications, puisque ces maladies existaient avant l'apparition de la fièvre typhoïde. Dans l'un de ces cas, l'issue de la maladie fut mortelle.

Les complications des *organes urinaires* se sont manifestées par des *néphrites parenchymateuses*, qui se développèrent dans 4 cas pendant le cours de la maladie. Dans un cas, la néphrite était déjà présente et provenait d'une scarlatine antérieure.

Nous eûmes des *otites moyennes* dans 15 cas, avec suppuration et perforation du tympan; nous avons même constaté dans un cas une paralysie faciale momentanée.

Le *decubitus*, sous une forme plus ou moins accentuée, s'est manifesté dans 5 cas.

Des *furoncles* se développèrent dans 9 cas, soit pendant la maladie, soit pendant la convalescence. Dans un cas suivi de mort, il s'en produisit un avec les caractères d'un *anthrax*, qui avait son siège à la nuque.

Nous eûmes dans 5 cas des *abcès sous-cutanés*, le plus souvent dans le cours de la convalescence, et dans 8 cas des *panaris*; ceux-ci de même s'observèrent rarement pendant la durée de la maladie proprement dite.

Dans un cas mortel, il se produisit à la paupière droite inférieure et à la joue correspondante des *ulcères* ayant un caractère gangreneux, et chez une petite patiente qui se rétablit, il s'en forma un de moindre étendue aux grandes lèvres: ce dernier guérit sans amener de destruction considérable des tissus. Notons en outre deux cas où des *ulcérations diphthéritiques* se produisirent chez deux petites filles aux parties génitales internes: ces ulcères disparurent rapidement.

Terminons en mentionnant un *érysipèle* du visage pendant la convalescence, et deux urticaires.

Enfin, sept enfants acquirent pendant leur convalescence la *scarlatine* et quatre la *rougeole*. Ces maladies doivent naturellement être mises sur le compte d'infections provenant de l'Hôpital.

### **Anatomie pathologique.**

Dans ce chapitre, nous exposerons le résultat des autopsies de nos cas mortels. Nous avons vu au commencement de ce travail que ceux-ci s'élevaient à 26,

dont 7 survinrent à la fin de la maladie ou pendant la convalescence, par suite de maladies intercurrentes. Dans 3 cas, l'autopsie n'a pas été faite, parmi les 23 autres cas, il s'en trouve quelques-uns où les protocoles d'obduction ont été malheureusement écourtés, ce qui fait que nous n'y avons pas trouvé tous les renseignements que nous aurions désirés, au point de vue des changements survenus dans les intestins; ce seront les diverses modifications pathologiques de cet appareil sur lesquelles nous nous étendrons particulièrement.

Disons encore, avant de commencer, qu'un grand nombre de ces autopsies ont été faites par M. M. Roth, professeur de pathologie à l'Université de Bâle.

1. *Daniell*, Emilie, 10 ans. Légère *fièvre typhoïde* du 12 au 22 août 1869; le 17 septembre, *scarlatine*; le 2 octobre, forte *néphrite*; le 11 octobre, *rougeole*, ensuite de quoi survient une *pneumonie catarrhale* qui amène la mort le 19 octobre, soit 61 jours après le commencement de la fièvre typhoïde.

*Autopsie.* — Pneumonie catarrhale. Néphrite parenchymateuse, 10 ctm. au-dessus de la valvule de Bauhin se trouve un *ulcère* de la grandeur d'une lentille en voie de *cicatrisation*. Dans la partie inférieure de l'ileum, se trouvent les cicatrices d'autres *ulcères*.

2. *Krummenacher*, Jakob, 2 $\frac{1}{2}$  ans. Légère *fièvre typhoïde* en voie de guérison: celle-ci s'est déclarée le 17 septembre 1869; le 11 octobre, forte *rougeole*; le 13 octobre, *diphthérie de la gorge*. Le 14 octobre, mort.

*Autopsie.* — Forte diphtérie des amygdales et de la gorge. Rate, 5 ctm. sur 9 $\frac{1}{2}$  ctm., coupe rouge brunâtre. De nombreuses glandes mésentériques sont augmentées

de volume. La muqueuse de l'estomac présente de nombreuses ecchymoses. Dans la partie inférieure de l'ileum, les plaques de Peyer sont tuméfiées; directement au-dessus de la valvule de Bauhin se trouvent deux gros *ulcères*. Dans tout le parcours du gros intestin, nombreux *ulcères* de quelques millimètres de diamètre. Dans la partie supérieure de la flexure sigmoïde, *ulcère* profond d'un demi-centimètre de diamètre.

3. *Hägler*, Marie, 1  $\frac{1}{2}$  an. Forte fièvre typhoïde qui se déclare le 29 septembre 1869; la mort arrive au dix-septième jour de la maladie.

*Autopsie*. — Oedème pulmonaire. Rate, 4 ctm. sur 8  $\frac{1}{2}$ . Glandes mésentériques fortement tuméfiées. Dans les deux tiers inférieurs de l'ileum, nombreux *ulcères*; plusieurs sont en voie de cicatrisation. Dans le colon ascendant, deux petits *ulcères*.

4. *Hottinger*, Anna, 12 ans. Malade du 4 au 24 septembre 1871; la mort arrive au vingt-unième jour de la maladie, ensuite d'*hémorragies intestinales*.

*Autopsie*. — Pneumonie croupeuse de tout le poumon droit. Rate triplée de volume, coupe gris-rougeâtre. Glandes mésentériques fortement tuméfiées; quelques-unes ont subi en partie une dégénérescence caséuse. Dans la partie inférieure du jejunum, les plaques de Peyer sont tuméfiées et par place légèrement *ulcérées*. Les *ulcérations* croissent en nombre et en volume à mesure que l'on descend, les plus gros *ulcères* se trouvent à partir de un mètre au-dessus de la valvule de Bauhin, quelques-uns de ceux-ci sont recouverts de masses noirâtres; 5 ctm. au-dessus de la valvule de Bauhin, gros *ulcère* formé par plusieurs petits qui ont convergé. Dans le gros intestin, nombreux *ulcères* qui diminuent de grosseur et de fréquence à mesure que l'on descend; le dernier, qui est de la grosseur d'un pois, se trouve dans le colon descendant.

5. *Gutjahr*, Salome, 4  $\frac{1}{2}$  ans. Malade depuis le 16 juin 1872, meurt au quinzième jour de la maladie des suites de fortes *hémorragies intestinales*.

*Autopsie*. — Oedème pulmonaire. Rate, 10 ctm. sur 16, consistance très molle, coupe gris-rouge. Glandes mésentériques fortement tuméfiées présentent à la coupe une surface gris-brunâtre; chez quelques-unes, le centre de la glande est changé en une bouillie d'un brun sale. L'intestin grêle est rempli de masses ayant une couleur de chocolat et une odeur repoussante. Dans la partie inférieure de l'ileum et dans la partie supérieure du gros intestin, nombreux *ulcères*; beaucoup de ceux-ci sont couverts de sang coagulé, quelques-uns sont encore revêtus de tissus nécrotiques, leur grosseur varie de quelques millimètres à trois centimètres.

6. *Fankhauser*, Anna, 6 ans. Malade depuis le 12 mai 1876, meurt au neuvième jour de la maladie. suite d'*hémorragies intestinales*.

*Autopsie*. — Néphrite parenchymateuse. Pneumonie hypostatique. Glandes mésentériques tuméfiées et infiltrées. Nombreux *ulcères* dans la partie inférieure de l'ileum et dans le colon ascendant.

7. *Kauffmann*, Marie, 5  $\frac{1}{2}$  ans. Tombe malade le 21 mai 1877, meurt au neuvième jour de la maladie.

*Autopsie*. — Pneumonie croupeuse gauche. Pleurésie gauche. Pneumonie catarrhale droite. Rate fortement tuméfiée. Le tissu conjonctif rétro-péritonéal est le siège d'une infiltration sanguine diffuse. Hémorragies de la muqueuse stomacale. Glandes mésentériques fortement grossies, surtout dans les environs du cœcum, présentant à la coupe une surface gris-rougeâtre. Dans l'ileum, les plaques de Peyer sont fortement tuméfiées et infiltrées, de même les follicules solitaires. Dans le cœcum, les follicules solitaires sont tuméfiées et de couleur grisâtre.

Dans tout le gros intestin et dans la partie supérieure de la flexure sigmoïde, tuméfaction des follicules solitaires. La muqueuse du colon descendant et de la flexure sigmoïde est revêtue de nombreuses taches grisâtres. *Nulle part ulcérations.*

8. *Stork*, Henri, 4 ans. Tombe malade le 27 juin 1877, meurt au onzième jour de la maladie.

*Autopsie.* — Pneumonie hypostatique double. Laryngite et trachéite catarrhale. Néphrite parenchymateuse. Rate très grosse. Les glandes mésentériques ileo-cœcales forment un paquet de la grosseur d'un œuf de pigeon, coupe gris-rougeâtre. Les follicules solitaires de l'ileum atteignent la grosseur d'une tête d'épingle, plaques de Peyer de cette région fortement tuméfiées recouvertes d'eschares, des *ulcères* sont visibles seulement dans la partie la plus inférieure. La tuméfaction des follicules solitaires et des plaques de Peyer se voit dans la plus grande partie de l'ileum, jusqu'à 170 ctm. au-dessus de la valvule de Bauhin.

9. *Wespi*, Joseph, 4 $\frac{1}{2}$  ans. Tombe malade le 18 juillet 1878, meurt au douzième jour de la maladie des suites d'une *perforation* intestinale.

*Autopsie.* — Rate, 8 ctm. sur 14 ctm. Péritonite. Glandes mésentériques tuméfiées, infiltrées. Plaques de Peyer du jejunum tuméfiées, de même celles de l'ileum, ainsi que les follicules solitaires de cette partie de l'intestin: la tuméfaction la plus forte se remarque vers la partie inférieure. A peu près 21 ctm. au-dessus de la valvule de Bauhin se trouve un *ulcère* dans une plaque de Peyer, dans le fond de celui-ci, la séreuse est perforée. Dans tout le gros intestin, les follicules solitaires sont tuméfiées, 1 ctm. au-dessous de la valvule se trouve un ulcère de la grosseur d'un pois, dont la base est formée par la tunique musculaire.

10. *Bayer*, Antoine, 11 ans. Malade depuis le 28 janvier 1879, meurt au cinquante-troisième jour de la maladie.

*Autopsie.* — Bronchopneumonie double avec caséification. Perforations multiples du poumon droit. Pyopneumothorax. Hydropéricarde. Néphrite et cystite hémorragiques. Rate légèrement tuméfiée, coupe brun sale. Glandes mésentériques de la grosseur d'une fève, surface grisâtre, coupe de la même couleur. Les plaques de Peyer de la partie inférieure de l'ileum sont pigmentées et parsemées de *cicatrices*; 2 ctm. au-dessus de la valvule ileo-cœcale, petit *ulcère* triangulaire. Les manifestations distinctes de la maladie s'étendent jusqu'à trois pieds au-dessus de la valvule. Dans le gros intestin, les follicules solitaires ont une couleur grisâtre, de même dans le rectum.

11. *Rybinski*, Aloïs, 5 1/2 ans. Malade depuis le 19 août 1880, meurt au quinzième jour de la maladie d'une *perforation*.

*Autopsie.* — Pleurésie partielle droite. Laryngite catarrhale. Néphrite hémorragique. A l'ouverture de la cavité abdominale, il en sort un liquide d'un jaune intense. Péritoine rouge foncé. Le grand épiploon adhère aux anses intestinales, celles-ci sont adhérentes entre elles. A une anse intestinale située dans le petit bassin, se trouve une *ouverture* de la grosseur d'un grain de chanvre, il en sort un liquide jaunâtre et des gaz à odeur fécale. Rate, 6 ctm. sur 10 ctm, surface et coupe d'un rouge brun foncé, consistance molle. La perforation se trouve à 15 ctm. au-dessus de la valvule. Muqueuse de l'ileum épaissie: dans la partie inférieure, les plaques de Peyer sont tuméfiées et de consistance molle, elles sont en partie de couleur grisâtre et revêtues de petits *ulcères* ne dépassant pas la grosseur d'un grain de chanvre. La *perforation* est située sur l'une de ces plaques; sur la même se trouvent deux autres ulcères dont le fond est formé par la tunique musculaire.

Les ulcères ne s'étendent pas au-delà de 33 ctm. au-dessus de la valvule de Bauhin. Dans le gros intestin, la muqueuse est épaissie, les follicules solitaires ardoisés; un unique ulcère se trouve dans le colon ascendant.

12. *Meyer, Fritz*, 1  $\frac{3}{4}$  an. Malade depuis le 15 septembre 1880, meurt au dix-neuvième jour de la maladie.

*Autopsie.* — Furoncle sanieux à la nuque. Foyer gangréneux du poumon gauche ayant perforé dans la plèvre, Pleurésie sanieuse gauche, perforation de la plèvre costale ayant donné lieu à un vaste phlegmon du dos, des parois abdominales et de l'espace retro-péritoneal. Néphrite parenchymateuse. Tuméfaction du foie. Péricardite. Rate, 5  $\frac{1}{2}$  ctm. sur 9 ctm., consistance assez ferme. Glandes mésentériques augmentées de volume, en partie de couleur pâle, en partie d'un gris rougeâtre. Dans l'iléum, pas d'ulcérations ni de cicatrices; les plaques de Peyer sont en partie rougeâtres et en partie grisâtres: ces changements s'étendent jusqu'à 55 cm. au-dessus de la valvule ileo-cœcale. Muqueuse du colon descendant légèrement épaissie. Follicules solitaires tuméfiés, nombreux petits *ulcères*. Sur la valvule de Bauhin, la muqueuse est grisâtre et revêtue de plusieurs petits ulcères *linéaires*. Muqueuse du colon transverse et descendant légèrement épaissie, pas d'ulcères.

13. *Rubin, Frida*, 1  $\frac{5}{8}$  an. Malade depuis le 26 octobre 1880, meurt au douzième jour de la maladie.

*Autopsie.* — Diphthérie du pharynx et du larynx. Pneumonie croupieuse du lobe inférieur droit. Néphrite hémorragique. Tuméfaction du foie. Thrombose du ventricule gauche. Rate, 5  $\frac{1}{2}$  ctm. sur 9 ctm., recouverte de légers dépôts fibrineux, surface présentant un aspect marbré rouge foncé et rouge clair, coupe d'un gris rougeâtre, consistance moyenne, infarct hémorragique. Glandes mésentériques fortement tuméfiés, surface pâle, coupe d'un

gris-rougeâtre, consistance très molle. Dans l'ileum, les plaques de Peyer sont tuméfiées et infiltrées, les follicules solitaires sont plus gros que des grains de chanvre; pas d'ulcères ni d'eschares. Les changements s'étendent jusqu'à 90 ctm. au-dessus de la valvule. Dans le gros intestin, les follicules solitaires sont tuméfiés, muqueuse pâle. *Nulle part d'ulcérations.*

14. *Plüss, Julius*, 7  $\frac{1}{2}$  ans. Malade depuis le 21 janvier 1881, meurt au treizième jour de la maladie.

*Autopsie.* — Diathèse hémorragique. Pneumonie hypostatique double. Rate, 4  $\frac{1}{2}$  ctm. sur 8 ctm., de consistance très molle. Dans l'ileum, nombreux *ulcères* atteignant la grosseur d'une pièce de cinq centimes et correspondant aux plaques de Peyer. Dans le cœcum, particulièrement dans le voisinage de la valvule de Bauhin, les follicules solitaires sont tuméfiés: autour de ceux-ci se trouvent des hémorragies dans la muqueuse.

15. *Sutter, Emile*, 6  $\frac{1}{2}$  ans. Tombe malade le 21 janvier 1881, le 31 janvier, la fièvre est sur le point de disparaître. Le 2 février, *diphthérie* de la gorge, qui s'étend du larynx, expectoration de membranes. Mort le 14 février avec des symptômes de suffocation.

*Autopsie.* — Diphthérie de la gorge, du nez, du larynx et des bronches. Bronchite. Bronchopneumonie à droite. Tuméfaction du foie et des reins. Fièvre typhoïde.

16. *Hiltpold, Emma*, 8 ans. Le commencement de la maladie ne peut être déterminé. Mort le 27 février 1881 des suites d'une perforation intestinale.

*Autopsie.* — Pneumonie croupieuse du lobe inférieur droit. Pleurésie sèche à gauche. A l'ouverture de la cavité abdominale s'échappent des gaz à odeur fécale. Anses intestinales d'un rouge intense adhérentes entre elles et recouvertes d'un dépôt fibrino-purulent, cela principalement dans la région ileo-cœcale. Dans la cavité abdomi-

nale se trouvent à peu près 150 cm.<sup>5</sup> d'un liquide brun-jau-nâtre et d'une odeur fécale. Péritoïne fortement injecté. Dans les environs du cœcum se trouvent de grosses taches hémorragiques bleuâtres. A travers la séreuse de l'ileum, on aperçoit des taches ovales correspondant à des ulcères typhiques: à plusieurs endroits, ces ulcères semblent être sur le point de perforer. Rate, 8 ctm. sur 19. Dans la partie inférieure de l'ileum se trouvent de nombreux *ulcères* à des stades différents, quelques-uns de ceux-ci sont complètement cicatrisés; ces ulcères sont en général très profonds, chez deux de ceux-ci existent des *perforations* de la grosseur d'une lentille; ils sont situés à 15 ctm. au-dessus de la valvule. Les derniers ulcères se trouvent à 170 ctm. au-dessus de la valvule de Bauhin.

17. *Biener*, Emile. 4 ans. Entré à l'Hôpital le 12 février 1881 avec une fièvre typhoïde d'intensité moyenne. Il n'est pas possible de savoir quand la maladie a commencé. Tout se passe normalement jusqu'au 18 février où se déclare un *croup* nécessitant la *trachéotomie* qui est faite le 26 février; malgré cette opération, la mort arrive le 28 février.

*Autopsie.* — Croup du larynx, de la trachée et des bronches. Pneumonie croupieuse double. Néphrite parenchymateuse. Dans la partie inférieure de l'ileum se trouvent de nombreux ulcères en voie de cicatrisation. Rate, 9 ctm. sur 19 ctm.

18. *Bauer*, Mina. 5 ans. Malade depuis le 25 février 1881. Fièvre d'intensité moyenne jusqu'au 10 mars, où se déclare une diphtérie du nez, suivie d'une pneumonie croupieuse double: meurt le 12 mars, au seizième jour de la maladie.

*Autopsie.* — Pneumonie croupieuse double. Diphtérie du nez et du pharynx. Tuméfaction de la rate. Hypérémie et tuméfaction des reins. Fièvre typhoïde.

19. *Walther*, Jacob, 9 ans. Malade depuis le 25 février, meurt au seizième jour de la maladie.

*Autopsie.* — Pleurésie sèche à gauche. Pneumonie croupieuse gauche. Tuméfaction de la rate. Ulcères du larynx. Nombreux *ulcères* dans la partie inférieure de l'ileum.

20. *Sutter*, Emilie, 5  $\frac{1}{2}$  ans. Tombe malade le 4 mars 1881; le 15 mars, la fièvre est en train de disparaître; le 16 mars, *croup*; le 21 mars, *trachéotomie*; le 24 mars, mort.

*Autopsie.* — Diphthérie du pharynx, du larynx, de la trachée et des bronches. Bronchite purulente. Bronchopneumonie droite. Tuméfaction de la rate, du foie et des reins. Fièvre typhoïde.

21. *Bauer*, Charles, 3  $\frac{1}{2}$  ans. Malade depuis le 10 mars 1881, meurt au dix-neuvième jour de la maladie.

*Autopsie.* — Ulcère gangréneux de la joue droite et de la paupière inférieure correspondante. Pneumonie croupieuse droite avec foyer gangréneux et formation d'empyème. Rate, 6  $\frac{1}{2}$  cm. sur 9 cm. *Ulcères* nombreux dans la partie inférieure de l'ileum.

22. *Kauder*, Elise, 11 ans. Malade depuis le 16 mars 1881, meurt au douzième jour de la maladie.

*Autopsie.* — Diphtérie du larynx et du pharynx. Bronchite. Oedème pulmonaire. Tuméfaction de la rate. Nombreux *ulcères* de l'ileum.

23. *Zweili*, Lina, 6 ans. Le commencement de la maladie ne peut être déterminé. Meurt le 6 juillet 1883.

*Autopsie.* — Néphrite parenchymateuse. Hépatite. Bronchopneumonie hémorragique. Rate fortement tuméfiée, coupe d'un rouge brun foncé, consistance molle. Glandes mésocoliques de la grosseur d'une fève, rougeâtre dans la partie inférieure de l'ileum; les plaques de Peyer sont tuméfiées et revêtues de quelques petits *ulcères*, plus haut

il n'y a que tuméfaction sans ulcérations. Dans tout le gros intestin, muqueuse légèrement tuméfiée, follicules isolés augmentés de volume. Dans le rectum, les follicules isolés sont de la grosseur d'un grain de chanvre.

Dans trois des cas ci-dessus, le compte-rendu de l'autopsie, se borne au diagnostic anatomique, nous ne pouvons donc pas les faire entrer en ligne de compte quant aux modifications de l'intestin.

Parmi les autres cas, les données sont plus ou moins complètes. Cependant la présence ou l'absence d'ulcérations a toujours été relatée. Ce qui nous frappe tout d'abord, c'est la fréquence des ulcérations intestinales; deux cas seulement (les cas 7 et 13) ne présentent ni cicatrices, ni ulcérations.

Parmi les trois cas, chez lesquels l'autopsie n'a pas été faite, l'un mourut d'hémorragies intestinales, et l'autre suite de perforations. Nous devons donc admettre chez ces deux cas, l'ulcération de l'intestin; supposons que le troisième de ces cas de même que ceux pour lesquels le procès-verbal d'autopsie ne donne aucune indication sur l'état pathologique de l'intestin, n'aient pas présenté des ulcères, nous arrivons au nombre de 6 cas mortels chez lesquels les ulcérations auraient fait défaut, ce qui, sur un total de 26 cas, nous donne le 23 %.

Piffner<sup>1</sup> publie 33 autopsies et constate dans 9 cas (27,2 %), l'absence complète d'ulcérations. Gerhardt<sup>2</sup> a réuni 43 protocoles d'autopsie, dans lesquels il trouve 14 cas (32,5 %), sans ulcères de l'intestin.

1 Loc. cit.

2 Loc. cit.

Steiner<sup>1</sup>, sur 20 autopsies n'en trouve que 4 où les ulcérations faisaient défaut, tandis que Rillet et Barthez<sup>2</sup>, Schœpf, Löschner<sup>3</sup>, Friedrich<sup>4</sup>, ont des résultats totalement opposés et considèrent plutôt comme exceptions les cas où il y a production d'ulcères.

Ces divergences proviennent, sans doute, du sens accordé par les différents auteurs à l'idée d'ulcération; en effet, quelques-uns n'hésitent pas à donner le nom d'ulcères à des productions auxquelles d'autres n'accordent qu'une importance relative.

Nous ne sommes point d'accord avec plusieurs auteurs, quant au moment de l'apparition des ulcères; car, dans un de nos cas, où la mort arriva au neuvième jour de la maladie, on pouvait déjà constater des ulcères. De même, dans un cas décédé au onzième jour, dans 2 cas au douzième jour, dans un cas au treizième, dans un cas au quinzisième, etc.

D'après Friedleben<sup>5</sup>, l'ulcération ne se produirait qu'au vingt-unième jour de la maladie. Pfiffner<sup>6</sup> trouva le premier ulcère chez un cas où la mort était arrivée au seizième jour, Rillet<sup>7</sup> en vit déjà se produire au quatorzième jour.

La cicatrisation peut être très lente, comme deux de nos cas le prouvent. Dans le premier, la mort arriva au cinquante-troisième jour (cas 10); on trouvait à côté de cicatrices, un ulcère encore ouvert; dans

1 Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 1872.

2 Loc. cit.

3 Loc. cit.

4 Loc. cit.

5 Loc. cit.

6 Loc. cit.

7 Loc. cit.

le second, mort au soixante-neuvième jour, on constatait un ulcère en voie de guérison à côté de nombreuses cicatrices.

Les ulcères ont été localisés dans 10 cas à la moitié inférieure de l'ileum; dans un cas ils existaient déjà dans la partie inférieure du jejunum, et de là se généralisaient dans tout l'ileum, le colon ascendant transverse et descendant; dans 6 cas, ils se trouvaient dans la partie inférieure de l'ileum et dans le colon ascendant, dans un cas, le colon ascendant seul présentait des ulcérations. Enfin dans un cas, elles s'étendaient à tous le gros intestin, jusque dans la flexure sigmoïde.

Dans les 3 cas de perforation de l'intestin, dont les protocoles d'autopsie font mention, la perforation se trouvait dans la partie inférieure de l'ileum.

Outre les ulcères, la plupart de nos cas présentent une tuméfaction des follicules solitaires et des plaques de Peyer, dans plusieurs cas une pigmentation de ces mêmes organes.

La moitié de nos cas mortels accusent une augmentation de volume des glandes mésentériques, et, dans quelques cas peu nombreux, ces glandes ont été trouvées dégénérées dans le centre.

Quant aux autres changements relatés dans les différentes autopsies, nous en avons déjà fait mention dans le chapitre consacré aux complications.

### **Diététique.**

La diététique de la fièvre typhoïde de l'enfance diffère peu de celle des adolescents.

Voici la façon dont elle était prescrite à l'hôpital des enfants de Bâle.

Pendant toute la période fébrile et pendant les huit premiers jours qui suivaient, la nourriture était exclusivement liquide : lait, bouillon, gruau. Les boissons alcooliques ont été prescrites sur une grande échelle, soit sous forme de vin rouge, soit sous celle d'un mélange de cognac, de jaune d'œuf et de sirop. Ce n'est qu'au huitième jour, après extinction complète de la fièvre, que des aliments demi-solides ont été permis pour en arriver au douzième jour, à une nourriture plus substantielle.

### Thérapeutique.

Le *calomel*, à doses de 5 décigrammes à 1 gramme, a été administré à 115 malades entrés à l'hôpital au commencement de l'affection; ce n'est pas notre intention de discuter ici si ce médicament a eu une influence abortive sur le cours de la maladie, n'ayant pas de points de comparaison. Notons seulement que beaucoup de malades, traités au moyen de calomel, ont eu la maladie à un degré tout aussi fort que d'autres, n'ayant pas suivi cette médication. Quoiqu'il en soit, le calomel prescrit au commencement de la maladie ne peut avoir qu'une influence favorable, soit en amenant une déplétion de l'intestin et par conséquent diminution des bactéries contenues dans cet organe, soit en agissant directement comme désinfectant.

Dans quelques cas, l'intensité de la diarrhée a nécessité l'emploi de préparations opiacées. Les hémor-

ragies intestinales ont été combattues aux moyen d'applications de glace sur l'abdomen et d'astringents.

En cas de délire, outre les bains, on a eu recours au chloral et à des applications de glace sur la tête. Enfin, lorsqu'une paralysie du cœur était à craindre, on s'est servi des différents analeptiques et excitants, camphre, éther, musc, etc.

Tous les cas où la fièvre a offert une certaine intensité ont été traités au moyen de la méthode antipyrétique sous ses différentes formes, et d'après les principes exposés dans les ouvrages de Liebermeister et Hagenbach <sup>1</sup>, et de Liebermeister <sup>2</sup>. Les résultats ont été très satisfaisants, comme le prouve le chiffre de notre mortalité, qui est vraiment très peu élevée.

Nous allons passer en revue les uns après les autres les différents moyens dont on s'est servi pour combattre la fièvre. Il y a bien peu de cas, dans lesquels une méthode ait été suivie exclusivement: chez la grande majorité de nos malades, différents moyens d'abaisser la température ont été mis en action.

Remarquons avant d'entrer en matière, que la méthode antipyrétique n'a pas besoin d'être toujours aussi énergique et continue chez les enfants que chez les adolescents: cela tient tout d'abord, au cours de la maladie qui est en moyenne beaucoup plus bénin, comme nous l'avons vu plus haut, en outre à ce que les enfants réagissent beaucoup plus facilement aux

1 Aus der medic. Klinik in Basel. Beobachtungen und Versuchen über Anwendung des kalten Wassers in fieberhaften Krankheiten. Leipzig, 1882.

2 Handbuch der allgemeinen Therapie von V. Ziemann. I. Bd.

antipyrétiques et nécessitent par conséquent plus rarement la répétition de ces moyens.

Dans 199 cas, les bains ont été employés comme moyen antipyrétique et cela à tous les âges; on s'est rarement servi de bains vraiment froids; ceux qui ont été le plus généralement employés étaient d'une température initiale d'à peu près 24° R., puis la température était successivement abaissée jusqu'à 20° R ou 18° R; on est rarement allé plus bas. Les malades séjournaient environ 10 minutes dans le bain, et ceux-ci étaient répétés aussi souvent que le thermomètre placé dans l'aisselle marquait une température au-dessus de 39,5°. Dans la plupart des cas, les malades prenaient volontiers les bains, et il n'y a jamais eu d'accidents à regretter. Il est bien entendu qu'en cas d'hémorragies intestinales, de perforations ou de paralysie du cœur menaçante, les bains étaient suspendus. Dans plusieurs cas de délire, ceux-ci ont eu une excellente influence sur le système cérébral. Il sera peut-être intéressant d'avoir un aperçu des bains pris par chaque malade.

4 bains ont été donnés dans 12 cas			
5	»	»	6 »
6	»	»	9 »
7	»	»	5 »
8	»	»	12 »
9	»	»	6 »
10	»	»	13 »
11	»	»	8 »
12	»	»	10 »
13	»	»	11 »
14	»	»	4 »
15	»	»	6 »

16 bains ont été donnés dans 10 cas

17	»	»	»	5	»
18	»	»	»	6	»
19	»	»	»	5	»
20	»	»	»	8	»
21	»	»	»	3	»
22	»	»	»	3	»
23	»	»	»	2	»
24	»	»	»	5	»
25	»	»	»	4	»
27	»	»	»	3	»
28	»	»	»	3	»
29	»	»	»	1	»
30	»	»	»	2	»
31	»	»	»	5	»
32	»	»	»	4	»
33	»	»	»	1	»
34	»	»	»	1	»
35	»	»	»	2	»
36	»	»	»	1	»
37	»	»	»	3	»
38	»	»	»	2	»
39	»	»	»	1	»
40	»	»	»	2	»
42	»	»	»	3	»
43	»	»	»	1	»
50	»	»	»	2	»
51	»	»	»	1	»
53	»	»	»	1	»
55	»	»	»	1	»
56	»	»	»	1	»
58	»	»	»	2	»
60	»	»	»	1	»
64	»	»	»	1	»
119	»	»	»	1	»

Tous les ouvrages, traitant de la fièvre typhoïde de l'enfance, recommandent les bains; les auteurs différemment seulement sur la manière de les appliquer. Rehn<sup>1</sup> les ordonne à une température de 26° R. et d'une durée de un quart à une demi heure. Hensch<sup>2</sup> les fait prendre de 20 à 22° R. pendant 8 à 10 minutes, pas plus souvent que 2 à 3 fois par jour. Cet auteur fait du reste remarquer, avec beaucoup de justesse, que l'on ne peut pas adopter un système unique pour les enfants, qu'il faut avant tout s'occuper du tempérament de l'individu et se diriger d'après cela pour l'application des bains froids.

Le *sulfate de quinine* a été employé dans 97 cas, soit seul, soit le plus souvent combiné avec le salicylate de soude ou les bains. Dans beaucoup de cas, ces trois méthodes d'abaissement de la température ont été employées simultanément, et cela de la façon suivante : on donnait dans la matinée une dose moyenne de *sulfate de quinine*, puis, si la température restait élevée, ou si après s'être abaissée elle remontait de nouveau, on faisait prendre dans la soirée une dose plus ou moins forte de salicylate de soude. Quant aux bains, ils étaient donnés chaque fois que la température dépassait 39,5°.

Pour en revenir au sulfate de quinine, disons que dans la plupart des cas il a été facilement supporté. Il ne s'est produit des vomissements que dans 10 cas (10,3 %); dans 4 de ces cas les vomissements se sont bornés à un ou deux; dans les 6 autres, il se produisirent chaque fois que le malade avait ingéré le mé-

1 Loc. cit.

2 Loc. cit.

dicament qui fut donné alors au moyen d'un lavement.

De légers délires, produits par le sulfate de quinine, se sont manifestés seulement dans 5 cas. Les bourdonnements d'oreilles et les maux de tête ont été rarement assez forts pour incommoder les malades.

Les résultats obtenus par le sulfate de quinine ont été en général satisfaisants. Dans 41 cas, ce médicament s'est montré complètement impuissant à abaisser la température.

Dans 34 cas, les rémissions ont été totales, et dans 3 de ces cas, il se produisit même un léger collapsus. Les rémissions ont été, dans 30 cas, très accentuées, cependant pas jusqu'à amener une intermission complète; enfin dans 22 cas, la température n'a été abaissée que de 1° à 1.5°.

L'entrée des rémissions a naturellement varié suivant les cas; cependant en moyenne la fièvre commençait à baisser 3 à 4 heures après que le médicament avait été pris: la durée des rémissions a de même différé selon la dose prise et selon la résistance de la fièvre: le sulfate de quinine ayant été donné dans le courant de la matinée, l'intermission durait tantôt jusqu'au jour suivant; tantôt une nouvelle exacerbation se produisait déjà le même soir.

Hagenbach<sup>1</sup> dans le travail qu'il a consacré à ce sujet, établit les doses de la manière suivante: pour l'âge de 4 à 5 ans, il donne en général 7 décigrammes de sulfate de quinine; de 6 à 10 ans, 1 gramme lui a généralement suffi pour abaisser la température d'une façon

1 Ueber die Anwendung der Chinine in den fieberhaften Krankheiten des kindlichen Alters. Jahrbuch für Kinderheilkunde, N. F. V. 181.

notable; dans quelques cas graves la dose a été élevée à 15 décigrammes; de 11 à 15 ans, il donne de 1 à 2 grammes.

A l'hôpital des enfants de Bâle, le sulfate de quinine est administré dans des oublis; si ceux-ci ne peuvent être avalés, on emploie l'eau sucrée. La dose totale est divisée en deux parties, qui sont prises à une heure d'intervalle.

Rillet et Barthez<sup>1</sup>, Hensch<sup>2</sup>, Gerhardt,<sup>3</sup> Rehn<sup>4</sup>, recommandent l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde de l'enfance, et aucun de ces auteurs ne citent d'inconvénients qui pourraient le faire rejeter.

Une autre préparation, le *tannate de quinine* (préparé par Zimmer à Francfort), a été employé à l'hôpital des enfants dans 48 cas de fièvre typhoïde; les avantages de ce médicament sur le sulfate de quinine consistent en ce que son goût est beaucoup moins amer et qu'en suite de son contenu en tannin exerce une influence favorable sur le tractus intestinal. Le tannate de quinine étant très peu soluble, on fait prendre à l'enfant, quelques temps après l'ingestion du médicament, quelques gouttes d'élixir de Haller pour activer l'absorption.

Les doses nécessaires pour abaisser la fièvre sont, d'après Hagenbach<sup>5</sup>, les suivantes :

1 Loc. cit.

2 Loc. cit.

3 Loc. cit.

4 Loc. cit.

5 Correspondenz-Blatt für schweiz. Aerzte. Jahrg. IV. 1881.

Jusqu'à 1 an,	1 gramme.
De 1 à 3 ans,	1,5 à 2 grammes.
» 3 à 5 »	2 »
» 5 à 10 »	3 à 4 »
» 10 à 15 »	4 »

Ce médicament donne des résultats assez satisfaisants. Il s'est montré sans effet dans 7 cas, a amené des intermissions complètes dans 16 cas et dans le reste a abaissé la fièvre d'une façon notable.

Il a été en général bien supporté, et les vomissements en suite de son ingestion ont été plutôt rares.

L'usage du *salicylate de soude* a suffi dans de nombreux cas à abaisser la fièvre; dans d'autres, il a été donné simultanément au sulfate de quinine. Son emploi a été fait dans 192 cas.

Les doses administrées suivant les différents âges et d'après Hagenbach <sup>1</sup> se répartissent comme suit :

Au-dessous de 1 an,	1 gramme.
De 1 à 2 ans,	1,5 à 2 grammes.
» 3 à 5 »	2,5 à 3 »
» 6 à 10 »	3,5 à 4 »
» 11 à 15 »	4 à 5,5 »

Elles ont été données en deux ou trois fois au moyen d'une potion où le suc de réglisse entrait comme correctif.

Ce médicament a amené des vomissements chez 37 malades (19,2 %); il serait donc moins bien supporté que le sulfate de quinine, qui, comme nous l'avons

1 Ueber die Anwendung des Salicylmons in fieberhaften Krankheiten des kindlichen Alters. Correspondenz-Blatt für schweiz. Aerzte. 1877.

dit plus haut, n'accuse que 10,3 % de vomissements. Parmi ces 37 cas, 19 ont été caractérisés par des vomissements répétés après chaque dose, et 18 par des vomissements qui ne se produisaient que de temps à autre. Dans les cas où le médicament était mal supporté, il était alors administré au moyen d'un lavement.

L'abaissement de température produit par le salicylate de soude, s'est fait sentir plus rapidement que celui amené par le sulfate de quinine; les rémissions ont été plus courtes comme chez les adultes.

Dans 138 cas nous avons eu des intermissions complètes: dans 41 cas, le médicament n'a produit qu'un abaissement notable de la température, sans cependant amener une intermission; enfin dans 13 cas, l'effet produit a été nul.

Dans 13 cas, on a observé un léger collapsus, n'offrant toutefois aucune gravité; dans 2 cas ce collapsus a été plus considérable; dans un cas enfin, il a été tel que pendant deux jours on craignait pour la vie du malade. Ajoutons que ce dernier cas s'est produit tout au commencement de l'introduction du médicament dans la pratique médicale, et les doses n'étaient alors pas aussi sûrement déterminées qu'aujourd'hui.

Dans 9 cas nous enregistrons de légers délires, dans 4 autres des délires assez forts; enfin dans un cas, il se produisit un délire furieux, après une dose qui n'avait rien d'exagéré. Les bourdonnements d'oreilles ont été fréquents, mais, de même que dans l'emploi du sulfate de quinine, rarement assez forts pour troubler le malade.

La salicylate de soude agit plus sûrement que les préparations de quinine et, lorsqu'il est employé avec

précaution, il constitue un excellent antipyrétique pour les enfants; tous ne le supportent évidemment pas de la même façon, il sera donc prudent de commencer par des doses peu élevées pour se convaincre de l'effet produit.

Henoch<sup>1</sup> accorde au salicylate de soude une valeur égale au sulfate de quinine, tout en faisant la remarque que les observations sont loin d'être suffisantes pour arriver à une conclusion; Gerhard<sup>2</sup>, par contre, n'en est point enthousiaste et considère la question de la valeur du salicylate de soude comme non résolue. Rehn<sup>3</sup> recommande chaudement ce médicament; il préconise aussi l'emploi de la *kairine* dans la thérapeutique de la fièvre typhoïde de l'enfance.

Cette préparation aurait l'avantage de ne procurer aucun des désagréments inhérents au salicylate de soude. Nous n'avons qu'une observation à ce sujet, celle d'une jeune fille de 10 ans atteinte d'une fièvre typhoïde très grave et qui récidiva à deux reprises. Pendant la maladie proprement dite et la première récidive, la fièvre céda toujours devant l'emploi combiné de bains, de sulfate de quinine et de salicylate de soude. Pendant la seconde récidive il n'en fut pas de même, et ni les bains, ni les médicaments sus-nommés n'eurent aucun effet quelconque; c'est alors que la *kairine* employée à doses de 25 centigrammes à 5 décigrammes plusieurs fois par jour, amena des intermittences complètes; à plusieurs reprises, il se

1 Loc. cit.

2 Loc. cit.

3 Loc. cit.

produisit de violents frissons qui, sans amener de danger direct, n'en étaient pas moins très désagréables pour la malade. Ces frissons sont du reste une des causes qui a fait rejeter la kairine assez promptement, pour la remplacer par l'*antipyrine*, qui a des effets antipyrétiques aussi prononcés que ce dernier médicament, sans produire aucune apparition fâcheuse. Nous n'avons pour le moment que deux observations de cas de fièvre typhoïde traités au moyen de cette préparation. Dans l'un, il s'agit d'un jeune garçon de 10 ans, qui pendant sa maladie fut traité à l'antipyrine à dose de 3 grammes par jour, donnés à trois reprises: par ce moyen, nous avons obtenu de longues intermissions et un seul vomissement. Le second cas comporte un jeune garçon de 8 ans, qui reçut journellement 24 décigrammes d'antipyriné divisés aussi en trois doses. Le résultat fut le même; dans ce cas, les vomissements furent un peu plus fréquents, ce qui obligea à administrer le médicament à plusieurs reprises au moyen de lavements. Dans ces deux cas il ne se produisit ni bourdonnement d'oreilles, ni frissons, ni délires; chez un malade apparut un exanthème maculeux au visage et au cou, celui-ci ne persista que deux jours.

Nul doute que nous n'ayons dans ce nouveau médicament un moyen de combattre la fièvre chez les enfants, qui remplacera avec avantage le salicylate de soude et les diverses préparations de quinine. Cependant, des observations plus nombreuses et plus étendues sont encore nécessaires, pour pouvoir se prononcer définitivement sur la valeur absolue de cette nouvelle préparation. Espérons que nous ne serons pas déçu, et que la thérapeutique de la fièvre ty-

phoïde de l'enfance sera, par ce moyen, considérablement simplifiée.

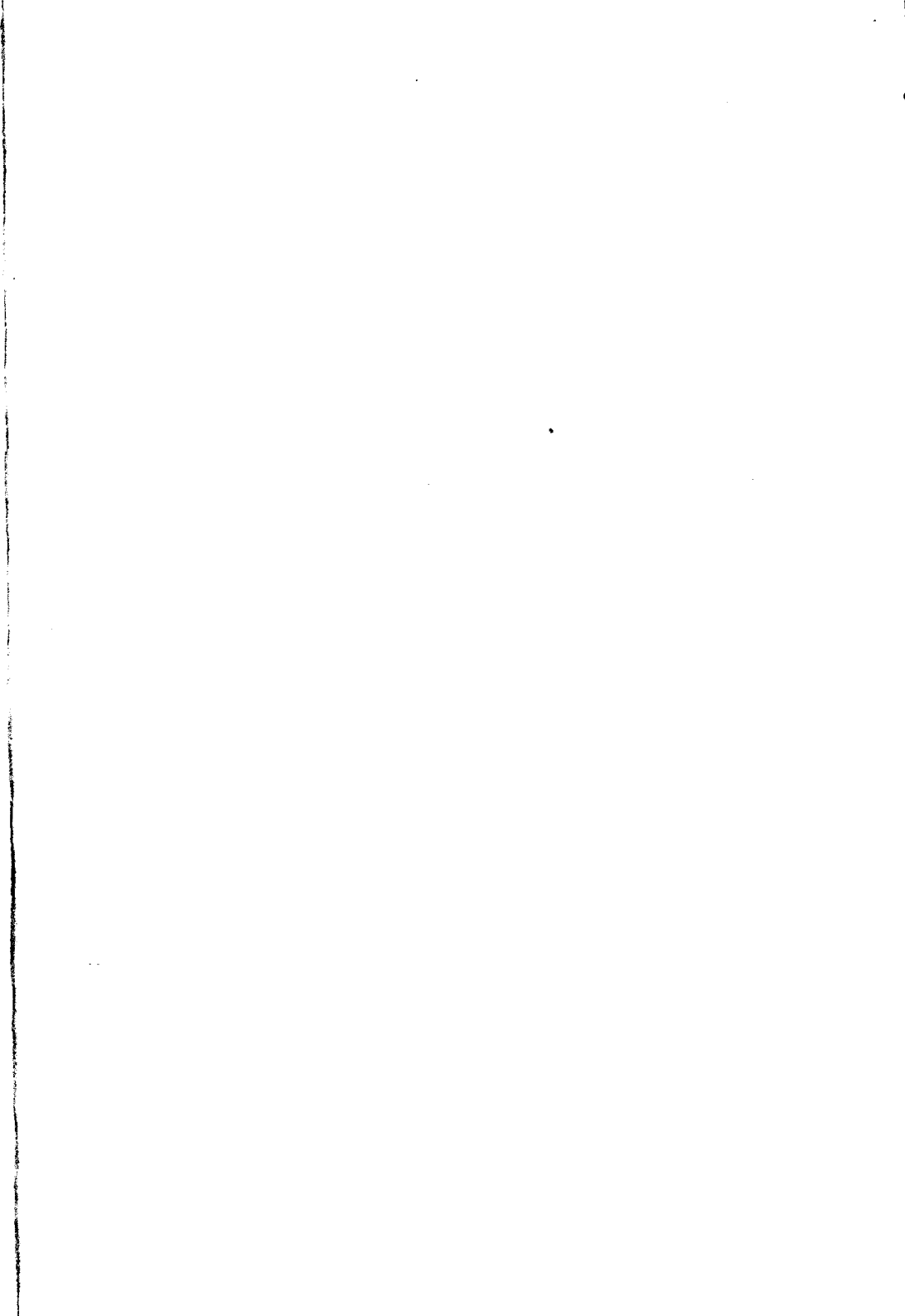
REMARQUE. — Nous apprenons que l'antipyrine a remplacé, à l'hôpital des enfants de Bâle, presque toutes les autres méthodes antipyrétiques.

Les résultats obtenus par l'antipyrine ont été très satisfaisants et ont prouvé que ce médicament a une action considérable sur les affections fébriles de l'enfance et surtout sur l'ileo-typhus.



15545







178/14