

vies d'une desquamation assez intense, furfuracée, qui peut simuler celle de la scarlatine, n'en était le siège différent (cette desquamation n'atteint pas les extrémités).

*Période de convalescence.*— Elle est moins longue que chez l'adulte ; l'enfant est très amaigri au début de cette période.

La durée de la maladie est de deux ou trois semaines ; en général, courte par conséquent.

Les rechutes, rares chez l'adulte, ne le sont pas chez l'enfant.

Ainsi, sur les treize cas observés depuis quelques mois dans le service, il y a eu trois rechutes. La rechute revêt toujours des caractères identiques à elle-même. La température était depuis quelques jours à 37 degrés quand, le lendemain, la température remonte à 38,5 ou 38,7. Elle persiste une huitaine de jours puis redescend. La rechute est le plus souvent sans gravité. Il peut y avoir deux rechutes successives ayant le même aspect.

*Formes cliniques.*—Elles sont très nombreuses : il y a autant de formes cliniques que de malades. Les plus intéressantes sont les *formes légères*, presque de règle. Sur les treize fièvres typhoïdes du service, nous comptons cinq formes légères.

La fièvre typhoïde peut revêtir ce caractère de bénignité de deux façons :

Ou bien la température ne monte jamais au delà de 38°,5 ou 39.

Ou bien la durée de la fièvre typhoïde est raccourcie et ne dépasse pas douze, treize ou 14 jours.

Ces faits expliquent la fréquence du typhus ambulatorius, des fièvres dites muqueuses et des embarras gastriques. L'enfant devient ainsi un agent de dissémination de la fièvre typhoïde.

Mais à côté de ces formes légères, il existe des formes graves :

La fièvre typhoïde peut être grave :

a) Par sa durée ;

b) Par les accidents nerveux qu'elle provoque, et la forme ataxo-adyynamique comparable à celle de l'adulte n'est pas exceptionnelle ;

c) Par les complications.

*Complications.*—Elles sont moins fréquentes chez les enfants que chez les adultes.

Les *infections bucco-pharyngées* sont fréquentes : ce sont des stomatites et des angines ulcéreuses ou mem-

braneuses, le muguet, l'ulcération du voile du palais est plus rare.

Les *perforations intestinales* sont exceptionnelles ce qui s'explique par ce fait que les plaques de Peyer restent molles chez l'enfant et aussi que la fièvre typhoïde a une évolution plus rapide. On trouve cette complication dans 1,7 à 2 0 0 des cas.

*Hémorragies intestinales.*—Par contre, les hémorragies intestinales sont aussi fréquentes chez l'enfant qu'elles le sont chez l'adulte, 2 à 10 0/0 des cas.

Comme chez l'adulte, il est *deux sortes d'hémorragies intestinales* :

Les unes *précoces* à la fin du premier septenaire :

Les autres plus *tardives* à la fin du deuxième septenaire.

Elles reconnaissent la même pathogénie que chez l'adulte : elles se caractérisent par la même chute de température. Ajoutons que chez l'enfant on rencontre souvent le type de l'hémorragie bienfaisante de Trousseau, la température ne remontant pas à la suite d'une hémorragie de la fin du deuxième septenaire.

*L'appendicite* est une complication relativement fréquente chez l'enfant : elle est de diagnostic souvent délicat et peut se présenter au début ou à la fin de la maladie.

Les complications hépatiques sont rares.

*L'appareil circulatoire* est plus souvent atteint qu'on ne le croyait jadis.

Moizard et son élève Bacaloglu ont insisté sur les *troubles du rythme cardiaque*, faiblesse des bruits cardiaques, tachycardie, embryocardie, tendance au collapsus qui doivent faire *proscrire le bain froid*. La myocardite est rare.

Les artérites ne sont pas exceptionnelles chez l'enfant.

Assez souvent chez le typhique on note un *syndrome méningé* : signe de Kernig, raideur de la nuque, etc. En présence de ce syndrome on pratique la ponction lombaire, mais tantôt on trouve du liquide clair, tantôt du liquide purulent. Si le liquide est purulent, la polynucléose est massive, si le liquide est clair, il y a des polynucléaires, ou des lymphocytes ou bien au contraire le liquide ne contient pas d'éléments figurés. On y décèle quelquefois le bacille d'Eberth ou bien le liquide est stérile.

Diagnostiquer cliniquement la nature de cette réaction méningée est impossible, et seule la *ponction lombaire* permet de dire si l'on a affaire à une véritable