

que le lait aura été additionné d'eau contenant la b.cille d'Eberth.

Le diagnostic de la fièvre typhoïde est très difficile à cet âge, car les signes fonctionnels font défaut ou sont peu nets.

Ainsi il n'y a pas d'épistaxis, les taches rosées sont fréquemment absentes, et la diarrhée, phénomène si banal, est le plus souvent verte.

Méry reconnaît trois formes cliniques :

a) *Une forme d'infection généralisée.*—On a, en effet, une fièvre continue ou irrégulière ; la rate est grosse les taches rosées sont inconstantes, le petit malade est dans l'abattement et la torpeur, la diarrhée est jaune et fétide :

b) *Une forme pseudo-méningitique.*—L'enfant présente alors soit de la somnolence, soit de l'excitation. C'est généralement le diagnostic de méningite que l'on pose, à cause de la raideur de la nuque, du strabisme ; cependant, en outre de la réaction de Widal, il y a de la tension des fontanelles dans la fièvre typhoïde, elles sont déprimées dans la méningite ; le ventre est ballonné dans la fièvre typhoïde, il est rétracté dans la méningite. La diarrhée est constante dans la fièvre typhoïde, et il y a parfois des taches rosées. L'enfant meurt toujours dans le collapsus en une douzaine de jours.

c) *Une forme gastro-intestinale.*—On pose le diagnostic de gastro-entérite à cause de la fièvre, de la diarrhée et du météorisme. Mais le régime n'améliore pas les enfants ; la température persiste aux environs de 39 degrés ; la splénomégalie est constante ; les taches rosées sont fréquentes.

Cette forme est moins grave que les précédentes ; l'enfant peut guérir (Nobécourt et Bertherand). Bien souvent cependant la maladie se termine par la mort, avec des phénomènes de diarrhée cholériforme, de collapsus et d'algidité (Marfan).

II.—La fièvre typhoïde de l'enfant âgé de deux à huit ans revêt des types variables ; tantôt, en effet, l'enfant réagit comme un nourrisson ; tantôt comme un enfant plus âgé.

III.—Le tableau de la fièvre typhoïde de l'enfant de huit à douze ans se rapproche du type adulte, cependant quelques différences importantes sont à signaler :

Ainsi le DÉBUT, lent chez l'adulte, est brusque chez l'enfant, et les lois de Wunderlich, déjà inconstantes chez l'adulte, sont chez l'enfant le plus souvent en défaut ; la période des oscillations ascendantes manque habituellement.

Le début est celui de l'embarras gastrique fébrile,

avec céphalalgie et vomissements ; plus rarement c'est une angine, un coryza avec laryngite parfois striduleuse, une névralgie intercostale ou un torticollis, ou encore des convulsions, qui ouvrent la série.

Un début fréquent est le début par phénomènes appendiculaires. Il a été bien étudié par Morizard et donne lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic.

Puis apparaît la PÉRIODE D'ÉTAT.

Celle-ci est caractérisée particulièrement par la fièvre, qui oscille aux environs de 39 à 40 degrés. Mais cette hyperthermie n'est pas accompagnée, comme chez l'adulte, de *tuphos*, de céphalalgie, d'insomnie et des autres phénomènes nerveux. L'enfant, en général, ne souffre pas et conserve toute sa lucidité. Le *pouls* est à 130 ou 140, mais, jusqu'à l'âge de dix ans, *il n'est jamais dicrote*. L'*épistaxis* manque dans la moitié des cas. Les phénomènes digestifs ne sont pas calqués sur ceux de l'adulte ; ainsi il y a de la *constipation* plutôt que de la diarrhée. Il n'y a pas de *météorisme*, pas de *gargouillement* dans la fosse iliaque et la *palpation* de cette région n'est pas douloureuse.

L'*état de la langue* est caractéristique. C'est une langue trémulante ; c'est une langue où l'on voit plus de rouge que de blanc. Elle est parfois même desquamée comme dans la scarlatine, elle n'est pas étalée comme dans l'embarras gastrique, mais elle est pointue.

La *rate* est toujours grosse, et cette splénomégalie se trouve par la palpation plus que par la percussion ; cette investigation est souvent douloureuse.

Les *taches rosées* sont presque constantes. Elles ne sont pas toujours discrètes comme chez l'adulte mais, au contraire, peuvent être très abondantes ; on les décele pas seulement alors sur l'abdomen, mais encore sur le cou, le thorax et la face et même sur les membres, c'est la *forme exanthématique* de Weill.

La *bronchite*, comme chez l'adulte, est de règle, elle est souvent très marquée et occupe la base ou le sommet.

Les *urines* sont rares et légèrement albumineuses, riches en urates et en indican.

*Période de déclin.*—Chez l'adulte, le déclin de la fièvre typhoïde, comparable en cela au début de cette affection, est lent, précédé du stade amphibole.

Chez l'enfant, la *déferescence* est souvent plus brusque.

Chez l'adulte il y avait lysis.

Chez l'enfant il y a crises : crise urinaire, crise sudorale ; les sudamina sont très abondantes et parfois sui-