

débordait. L'eau servant à laver les vases à lait était souillée par les matières fécales. Il suffit de changer de fournisseur pour mettre fin à l'épidémie.

Une nourrice atteinte de fièvre typhoïde peut transmettre la maladie à son nourrisson. Schadler, Hérard et Uffelmann ont cité des cas d'enfants nourris par des mères typhiques qui prirent la maladie et moururent en quelques jours. Gerhardt a montré que cette transmission n'est pas fatale ; il a vu cinq nouveaux-nés nourris par des femmes typhiques ; quatre restèrent indemnes ; le dernier eut la fièvre typhoïde avec des taches rosées et finit par guérir. Il suffit qu'il existe des cas positifs de transmission pour que nous devions faire suspendre l'allaitement à une femme atteinte de dothiëntérie.

La femme grosse, atteinte de fièvre typhoïde, avorte souvent ou accouche prématurément. Or, les faits de Reher, Neuhauss, Chantemesse et Widal, Eberth, Hildebrandt, Legry, Janisewski, ont prouvé que le cadavre du fœtus pouvait, dans ces cas, renfermer la bacille typhique. L'agent pathogène de la dothiëntérie peut donc se transmettre de la mère au fœtus à travers le placenta, et il existe une "forme congénitale" de la maladie : forme qui d'ailleurs n'a pas encore d'histoire et qui tue le fœtus dans le sein maternel ou peu de temps après son expulsion, toujours prématurée.

À la naissance l'enfant peut donc apporter le germe de la fièvre typhoïde qui lui a été transmis par la mère atteinte de cette maladie. Mais passé les premiers jours de la vie, l'enfant est, pendant la première année, presque à l'abri de la dothiëntérie. Cela tient à ce qu'il est nourri au sein ou avec des liquides habituellement bouillis. Le nourrisson ne possède pas de véritable immunité. Si chez lui la maladie est rare, la raison en est sans doute dans la rareté de l'introduction du bacille dans ses voies digestives par le fait de son alimentation.

Au point de vue clinique, la fièvre typhoïde des enfants se distingue de celle des adultes par un certain nombre de caractères. Mais la différence est d'autant plus tranchée que l'enfant est plus jeune. Dans la seconde enfance, de cinq ans à quinze ans, la fièvre typhoïde ne se sépare de celle de l'âge adulte que par des différences de second ordre. Chez le nourrisson, c'est-à-dire dans les deux premières années de la vie, nous trouvons des dissimilitudes plus accentuées. Je décrirai donc la fièvre typhoïde de la seconde enfance et la fièvre typhoïde du nourrisson.

FIÈVRE TYPHOÏDE DE LA SECONDE ENFANCE

"Caractères généraux."—Le "début" est plus rapide, moins trainant chez l'enfant que chez l'adulte. La fièvre atteint assez vite son acmé ; dès le deuxième jour, elle est parfois à 40, contrairement à la loi de Wunderlich. Les vomissements, qui sont relativement rares chez l'adulte, sont la règle chez les enfants. La diarrhée fait presque complètement défaut au début ; il existe même souvent de la constipation.

Les caractères du tracé thermique sont à peu près les mêmes que chez l'adulte, sauf dans certains cas que j'indiquerai plus loin. Notons, toutefois, l'exagération de "l'hyperthermie." Très souvent, la température du soir atteint 40 degrés ; et ce qu'il faut remarquer aussi, c'est la facilité avec laquelle les enfants supportent ordinairement ces hautes températures ; leur abattement est souvent peu marqué et leur système nerveux ne réagit pas à l'hyperthermie, comme celui de l'adulte, par un délire violent, ou une torpeur comateuse, de la carphologie.

La symptomatologie est remarquable par l'effacement des troubles digestifs. L'anorexie et l'état de la langue sont les seuls signes à peu près constants :

La langue présente tous les caractères de la langue typhique : rouge et mince aux bords et à la pointe, elle est recouverte d'un enduit blanchâtre, qui peut ensuite se salir et se dessécher ; cet enduit disparaît peu à peu sous l'influence d'une desquamation qui s'étend de la pointe à la base, et qui affecte souvent la forme d'un triangle, dont le sommet, situé sur le raphé, est tourné vers la partie postérieure (triangle typhique). La langue ne prend l'aspect rôti et ne se recouvre de fuliginosités que dans les formes graves.

Quant aux autres signes tirés de l'examen du tube digestif, ils sont inconstants et effacés : les vomissements disparaissent après le début ; la diarrhée s'établit tardivement ; elle est ordinairement peu accusée et se traduit par deux ou trois évacuations quotidiennes d'une manière semblable à une purée jaune d'ocre. Elle peut faire défaut ; elle peut même être remplacée par de la constipation ; le météorisme et la douleur locale sont peu marqués ou complètement absents. Les hémorragies et les perforations intestinales sont absolument exceptionnelles.

Le peu d'intensité des troubles digestifs tient, sans aucun doute, "au faible degré des lésions intestinales." Dans les autopsies, en effet, si on trouve quelquefois les ganglions mésentériques assez volumineux, les plaques de Peyer sont, par contre, peu tuméfiées ; elles ne présentent que des ulcérations superficielles ; assez souvent même les ulcérations font défaut. Dans un cas que nous avons observé l'année dernière, il nous a fallu l'examen bactériologique qui a décelé la présence du bacille d'Eberth dans divers organes, pour être sûr que nous avions eu sous les yeux une dothiëntérie. Chez l'enfant du second âge, la fièvre typhoïde est donc bien plus une septicémie qu'une entérite éberthienne.

"L'hypertrophie de la rate" est inconstante ; quand elle existe, elle est souvent trop peu marquée pour pouvoir être reconnue sur le vivant.

Les "taches rosées lenticulaires" sont, vous le savez, un des signes les plus précieux de la fièvre typhoïde des adultes. Or, chez les enfants, elles font défaut dans près d'un tiers des cas. C'est là une particularité qui rend parfois le diagnostic singulièrement hésitant. Par contre, lorsqu'elles se montrent, les taches rosées paraissent plus précoces et plus abondantes que chez l'adulte ; elles